



fidh



Aborto en Chile: las mujeres frente a innumerables obstáculos

Foto de la portada: Activistas blandean pancartas que dicen "Aborto libre, legal, seguro y gratuito" durante una manifestación pro aborto delante del Palacio de la Moneda, en Santiago, Chile, el 11 de noviembre de 2014.
© Martin Bernetti / AFP.

ÍNDICE

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| RESUMEN EJECUTIVO | 6 |
| I. DESPENALIZACIÓN PARCIAL DEL ABORTO: UN AVANCE QUE NO LOGRA PONER FIN A LAS VIOLACIONES DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES | 10 |
| A. El fin de una de las legislaciones más represivas y regresivas del mundo | 11 |
| 1. Sesenta años de aborto terapéutico | 11 |
| 2. Treinta años de aplicación de una legislación retrógrada | 12 |
| 3. El fin de la prohibición total del aborto | 13 |
| B. Continúan las violaciones de los derechos de las mujeres chilenas | 14 |
| 1. Las mujeres, forzadas a recurrir al aborto clandestino | 14 |
| 1.1. Las mujeres, consideradas como delincuentes | 14 |
| 1.2. Los abortos clandestinos: operaciones de alto riesgo | 15 |
| i) Los abortos “menos seguros” | 15 |
| ii) Los abortos “nada seguros” | 16 |
| iii) Las dramáticas consecuencias de los abortos clandestinos | 16 |
| 2. La falta de acceso al aborto por violación o para las menores de edad | 18 |
| 3. Las graves consecuencias de los embarazos no deseados o precoces | 20 |
| 3.1. Los embarazos precoces | 20 |
| i) Una lacra social | 20 |
| ii) La falta de acceso a la contracepción | 20 |
| iii) Las dramáticas consecuencias de los embarazos precoces para la salud y la vida de las niñas | 21 |
| 3.2. Los embarazos no deseados | 22 |
| i) Graves consecuencias psicológicas | 22 |
| ii) Los embarazos no deseados alientan las desigualdades | 22 |
| II. LAS RESTRICCIONES EN EL ACCESO AL ABORTO DENTRO DEL NUEVO MARCO LEGAL PERPETÚAN LAS VIOLACIONES DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES | 23 |
| A. Limitaciones vinculadas a las causales | 24 |
| 1. Lo que dice la Ley 21.030 | 24 |
| 2. La obligación del Estado de tomar medidas más globales | 24 |
| 3. Excepciones definidas de manera restrictiva | 26 |
| B. Limitación del acceso al aborto en función de los plazos | 27 |
| 1. Lo que dice la Ley 21.030 | 27 |
| 2. Plazos demasiado cortos | 27 |
| C. Intervención de terceros | 28 |
| 1. Lo que dice la Ley 21.030 | 28 |
| 1.1. Intervención del/de la juez/a en materia de acceso de las niñas al aborto | 28 |
| 1.2. La obligación de corroboración | 28 |
| 2. La intervención de terceros, un obstáculo para el derecho a la salud | 28 |
| 3. El peligro de la corroboración médica | 29 |
| 4. Un obstáculo al principio de confidencialidad | 29 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| D. Acceso a la información | 30 |
| 1. Lo que dice la Ley 21.030 | 30 |
| 2. Información y educación | 30 |
| E. Objeción de conciencia | 31 |
| 1. Lo que dice la Ley 21.030 | 31 |
| 2. El(los) protocolos(s) de aplicación sobre la manifestación de la objeción de conciencia: ¿nuevos obstáculos en el acceso al aborto? | 31 |
| 2. 1. La batalla en torno a la regulación de la objeción de conciencia | 31 |
| i) Los protocolos sobre el ejercicio de la objeción de conciencia | 31 |
| ii) El/los recurso(s) contra la decisión del Tribunal Constitucional | 33 |
| iii) El proyecto de ley interpretativa | 33 |
| iv) La jurisprudencia regional y de la ONU sobre la objeción de conciencia | 33 |
| 2. 2. El contenido de los protocolos en cuestión | 35 |
| i) Objeción de conciencia: ¿la nueva norma? | 35 |
| ii) El alcance de la objeción de conciencia | 36 |
| iii) ¿Facilitación de la objeción de conciencia? | 36 |
| iv) Un proceso de derivación muy vago o inexistente | 38 |
| v) Objeción de conciencia institucional y riesgo de muerte para la mujer | 38 |
| 3. La objeción de conciencia, un obstáculo adicional al aborto | 39 |
| 3. 1. Ya existen desviaciones en las prácticas | 39 |
| i) El caso de Fernanda Sandoval: la falta de cuidados adecuados | 39 |
| 3. 2. Retraumatización y estigmatización | 40 |
| 3. 3. Elevado número de médicos/as objetores/as de conciencia | 40 |
| 3. 4. La objeción de conciencia genera nuevas discriminaciones en el acceso al aborto | 43 |
| CONCLUSIÓN | 46 |
| RECOMENDACIONES | 48 |

SIGLAS Y ABREVIATURAS

| | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Comité CEDAW: | Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer |
| Convención CEDAW: | Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer |
| CIDH: | Corte Interamericana de Derechos Humanos |
| COFEU: | Coordinadora Feminista Universitaria |
| DC: | Partido Demócrata Cristiano o Democracia Cristiana |
| IND: | Partido Liberal Independiente |
| IVE: | Interrupción voluntaria del embarazo |
| MINSAL: | Ministerio de Salud de Chile |
| OMS: | Organización Mundial de la Salud |
| PC: | Partido Comunista |
| PS: | Partido Socialista |
| PIDESC: | Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales |
| PPD: | Partido por la Democracia |
| PRD: | Partido Radical Democrático |
| PS: | Partido Socialista Chileno |
| RD: | Revolución Democrática |
| RN: | Renovación Nacional |
| SENAME: | Servicio Nacional de Menores |
| UDI: | Unión Demócrata Independiente |



Activistas pro-aborto se manifiestan frente al Ministerio de Salud en Santiago de Chile, el 26 de marzo de 2018. © Claudio Reyes / AFP.

RESUMEN EJECUTIVO

Hace aproximadamente un año, las autoridades chilenas tomaron una decisión sin precedentes al despenalizar el aborto en tres situaciones concretas. El 2 de agosto de 2017, después de dos años y medio de debate, el legislador adoptó definitivamente el texto de la ley. Aunque la derecha chilena, apoyada por la Iglesia Católica, interpuso inmediatamente dos recursos alegando la inconstitucionalidad de la ley, alegando la violación del derecho a la vida prenatal reconocido por la Constitución, el 21 de agosto, el Tribunal Constitucional aprobó finalmente la adopción de la reforma legislativa. La Ley 21.030, promovida por la entonces presidenta Michelle Bachelet (2014-2018), autoriza que se practiquen abortos en caso de peligro para la vida de la mujer, de inviabilidad del feto y de violación. Entre septiembre 2017 y el 16 de julio de 2018, 359 abortos fueron practicados en el marco de esta ley¹. La adopción de esta legislación es una victoria histórica para los derechos de las mujeres en Chile y para las organizaciones feministas que militan desde hace varias décadas por el acceso a los derechos sexuales y reproductivos y, sobre todo, por un acceso legal y seguro.

1. Informaciones del Ministerio de salud, actualizada en julio 2018, [<http://www.minsal.cl/ive-reporte-mensual-actualizado/>].

La Ley 21.030 ha venido a reformar uno de los marcos jurídicos más retrógrados del mundo, que estaba vigente en Chile desde hace casi treinta años. Esta legislación, heredada de la dictadura de Augusto Pinochet, criminalizaba y prohibía totalmente la práctica del aborto. Hasta 2017, toda mujer o niña que recurriese al aborto se exponía a denuncias, procesos e incluso condenas penales, así como a penas de cárcel. Esta situación ha forzado a decenas de miles de mujeres a recurrir al aborto clandestino, que a menudo implica un riesgo elevado para su vida. Tanto los métodos utilizados como las condiciones en las que se practicaban los abortos clandestinos podían acarrear graves consecuencias para la salud física y psicológica, así como para la vida de las mujeres y las niñas. Hasta 2017, cada año, entre 70 000 y 160 000 mujeres y niñas habrían recurrido a abortos clandestinos en Chile². Estas mujeres eran, muy a menudo, víctimas de estigmatización por parte de su entorno y de la sociedad que las llevaba a abortar sumidas en el miedo, en la más absoluta soledad y disimulo. Así, la penalización total del aborto dio lugar a violaciones masivas de los derechos de las mujeres y las niñas, y en especial, de su derecho a la vida, a la salud, a la educación y a la no discriminación.

La nueva ley prevé la legalización del aborto en tres circunstancias totalmente excepcionales: en caso de peligro para la vida de la mujer, de inviabilidad del feto y de violación. Aunque esta ley suponga un avance importante con respecto a la situación que prevalecía hasta este momento, en realidad, permite a menos del 3 % de las mujeres que desean o deben interrumpir su embarazo beneficiarse de servicios de aborto legales y seguros³. De este modo, el perímetro marcado por la nueva ley es tan limitado que la gran mayoría de las mujeres y las niñas están excluidas del beneficio de los derechos otorgados por la reforma y continúan siendo víctimas de múltiples violaciones de sus derechos (Ver segunda parte).

A pesar que el número de mujeres que pueden beneficiarse de la Ley 21.030 es ya extremadamente reducido, esta minoría cubierta por la ley debe, además, enfrentarse a numerosos obstáculos para acceder al aborto. El ámbito de la reforma es, en efecto, muy limitado, y corre el riesgo de serlo aún más si el nuevo gobierno logra aprobar un protocolo de aplicación que añada nuevas restricciones. Los obstáculos son múltiples y de diferente orden. Están vinculados a causas que justifican el recurso al aborto, así como a los limitados plazos en los que se debe practicar. La ley autoriza también la intervención de terceras personas —padres y madres, jueces/as, médicos/as—, que pueden interferir en la toma de decisiones de las mujeres y, sobre todo, de las niñas. La realización de campañas de publicidad sobre los servicios de aborto también está prohibida, lo que podría impedir que muchas mujeres accedan a información útil e incluso esencial para recurrir al aborto.

Una de las disposiciones más controversiales de la ley es que ofrece la posibilidad de invocar una cláusula de conciencia que permite al personal médico no aplicar la ley si esta es contraria a sus creencias o convicciones. Aunque la ley adoptada por los/as diputados/as el 2 de agosto de 2017 únicamente contemplaba una cláusula de conciencia personal, en su sentencia del 21 de agosto, el Tribunal Constitucional, al tiempo que afirmaba el carácter constitucional de la Ley 21.030, hizo además extensiva esta posibilidad a las instituciones. La Ley 21.030 fue modificada tras esta decisión judicial, ignorando las normas regionales e internacionales opuestas al uso institucional de la objeción de conciencia. La nueva ley establece así que desde este momento “[l]a objeción de conciencia es de carácter personal y podrá ser invocada por una institución”. En enero de 2018, el Gobierno de Michelle Bachelet promulgó un protocolo de aplicación (aprobado por la resolución n° 61) que regulaba precisamente la manifestación de la objeción de conciencia, para preservar, en la medida de lo posible, el espíritu de la Ley 21.030. En marzo de 2018, tras la elección de Sebastián Piñera a la presidencia y el nombramiento de un nuevo Gobierno, el nuevo ministro de Salud, Emilio Santelices Cuevas, emitió otro protocolo de aplicación (resolución n° 432) con objeto de eliminar las salvaguardias establecidas por el anterior equipo de Gobierno. Esta medida, tomada con prisas, tan solo once días después de la entrada en funciones del nuevo Gobierno, resulta reveladora de la política reduccionista que quieren seguir las nuevas autoridades electas. Al desregular el ejercicio de la objeción de conciencia que las organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres

2. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile*, Centro de Derechos Humanos, Universidad Diego Portales, 2013 [[http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/InformeAnual/2013/Cap %2020Penalizacion %20de %20aborto %20como %20violacion %20a %20ddhh %20mujeres.pdf](http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/InformeAnual/2013/Cap%2020Penalizacion%20de%20aborto%20como%20violacion%20a%20ddhh%20mujeres.pdf)].

3. Mesa de Acción por el aborto en Chile. *En Día de Aborto Legal: Mesa Acción reivindica el aborto como un derecho de las mujeres y aboga por su despenalización social y penal*, 28 de septiembre de 2017 [<http://accionaborto.cl/2017/09/28/en-dia-de-aborto-legal-mesa-accion-reivindica-el-aborto-como-un-derecho-de-las-mujeres-y-aboga-por-su-despenalizacion-social-y-penal/>].

consideran, con razón, un importante obstáculo para el acceso al aborto, parecen más preocupadas por la protección de los intereses de determinados grupos conservadores y religiosos de ideología machista y contraria a la libre elección, que por los derechos de las mujeres y las niñas chilenas.

La promulgación de este segundo protocolo de aplicación ha contribuido a avivar el debate nacional en torno al recurso a la cláusula de conciencia. En respuesta a ello, parte de la oposición política, así como las organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres, han emprendido un combate contra la objeción de conciencia institucional. Una de estas iniciativas consistió en presentar varias demandas ante el órgano competente —la Contraloría General de la República— para que determine la legalidad de la resolución n° 432. El 9 de mayo, la Contraloría cuestionó la legalidad de determinados elementos del texto, en especial, de la autorización a las instituciones privadas que reciben fondos públicos de invocar la cláusula de conciencia institucional —que había sido prohibida por el primer protocolo de aplicación. El segundo protocolo fue declarado “no conforme a derecho”, pero las autoridades chilenas reaccionaron de inmediato y anunciaron que seguirían determinadas a defender la objeción de conciencia. Presentaron otro texto a la Contraloría, el 29 de junio de 2018, que vuelve a introducir la prohibición de la cláusula de conciencia para los establecimientos privados que disfruten de acuerdos con el Ministerio de Salud (MINSAL) en materia de prestación de servicios obstétricos y ginecológicos. Sin embargo, este protocolo también elimina diversas disposiciones dirigidas a garantizar el respeto de los derechos de las mujeres y las niñas de conformidad con la Ley 21.030 y contribuye a facilitar el ejercicio de la objeción de conciencia. En el momento de la redacción del presente informe, dicho texto está en proceso de análisis por parte de la Contraloría.

Estas medidas, que ponen en peligro la aplicación de la Ley 21.030, preocupan aún más debido a que un gran número de profesionales ha manifestado su rechazo a practicar abortos. En junio de 2018, el MINSAL publicó diversas informaciones según las cuales el 20 % de los/as obstetras alegaron objeción de conciencia para los casos de peligro para la salud de la mujer, 27 % para los casos de inviabilidad del feto y 47 % para los casos de violación. En abril, las cifras del MINSAL indicaban que 306 de los/as 971 obstetras que ejercen en establecimientos públicos habilitados para practicar abortos habían invocado la cláusula de conciencia desde principios de 2018, es decir, más del 30 % del conjunto de especialistas⁴. Estas tasas son especialmente elevadas en algunas zonas del país y varios establecimientos públicos han informado que la totalidad de su personal médico se ha declarado objetor de conciencia a la hora de practicar abortos en, al menos, una de las tres circunstancias. Este fenómeno ya ha impedido al menos a una mujer beneficiarse de servicios de aborto en condiciones seguras, a pesar de hallarse en una de las situaciones cubiertas por la ley (véase *infra*). El número de casos podría ser más elevado y otras mujeres corren el riesgo de encontrarse en la misma situación si las autoridades no toman todas las medidas necesarias para garantizar el acceso a los servicios de aborto en el conjunto del territorio, así como la plena aplicación de la Ley 21.030 (Ver segunda parte).

El presente informe analiza la evolución del marco legal chileno en materia de acceso al aborto, en concreto, a través de la adopción de la Ley 21.030. En primer lugar, examina la situación de la mayoría de mujeres invisibilizadas, excluidas del marco de esta ley y para la que todo aborto legal y seguro continúa estando prohibido y criminalizado. Después, el informe analiza el contenido de la nueva legislación chilena y de sus protocolos de aplicación, subrayando su carácter restrictivo y los numerosos obstáculos que dificultan, aún hoy, el acceso al aborto por parte de las mujeres que se hallan en las tres situaciones excepcionales previstas por la ley. Por último, nuestras organizaciones formulan un conjunto de recomendaciones destinadas a proteger los derechos de las mujeres y las niñas chilenas y a garantizar su acceso a los derechos sexuales y reproductivos y al aborto.

Este informe incluye informaciones recopiladas por la FIDH durante una investigación realizada en Santiago de Chile, así como estudios llevados a cabo principalmente con universitarias y activistas. La FIDH llevó a cabo una misión de investigación en enero de 2017, junto a sus organizaciones miembros y colaboradoras en Chile, concretamente, el Observatorio Ciudadano y la Corporación Humanas. Esta misión permitió realizar intercambios con diferentes actores movilizados en torno a la Ley 21.030, así como realizar una evaluación de los principales retos del texto y del proceso legislativo, de la situación de los derechos de las mujeres y, en especial, del acceso a los derechos sexuales y reproductivos. La delegación llevó a cabo reuniones con la Ministra del Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género, Claudia Pascual; la Jefa de Gabinete de la Secretaria de Estado de Justicia

4. *El Mercurio*. Casi un tercio de los médicos obstetras de los hospitales se declaró objetor de conciencia, 14 de abril de 2018 [<http://impresa.elmercurio.com/Pages/NewsDetail.aspx?dt=2018-04-14&Paginald=1&BodyID=3>].

y Derechos Humanos, Viviana Cáceres, con diputados/as y senadores/as, concretamente, con el antiguo presidente del Senado, Ricardo Lagos Weber, con organizaciones feministas comprometidas en la lucha por el acceso a los derechos sexuales y reproductivos al aborto, con universitarios/as, representantes de la Fiscalía y de la magistratura, así como con el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH).

Posteriormente, la FIDH ha llevado a cabo investigaciones complementarias, a partir de las informaciones recopiladas por sus organizaciones miembros y colaboradoras que se movilizaron con motivo de la aprobación y, más tarde, de la aplicación de la Ley 21.030, la defensa de los derechos sexuales y reproductivos y el acompañamiento a las mujeres. Entre septiembre de 2017 y mayo de 2018 se realizaron otras entrevistas con investigadoras y representantes de organizaciones feministas, en particular, con la Corporación Humanas y la Mesa de Acción por el Aborto en Chile. La FIDH participó asimismo en el examen de la situación en Chile por parte del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (en adelante, Comité CEDAW) en febrero de 2018 y, en esa ocasión, presentó un informe alternativo específico sobre la cuestión del aborto, la necesidad de aplicar urgentemente la Ley 21.030, así como también sobre sus lagunas y su impacto en los derechos de las mujeres y las niñas⁵.

La FIDH agradece sinceramente al Observatorio Ciudadano y a la Corporación Humanas su inestimable apoyo y acompañamiento, especialmente durante la misión de investigación realizada en Chile en enero de 2017. La FIDH agradece igualmente a los/as representantes de las autoridades y de la sociedad civil con quienes se ha reunido su disponibilidad y la calidad de sus aportes. Agradecemos asimismo a todos/as los/as activistas e investigadores/as que han participado en la fase de investigación aportando los análisis e informaciones necesarias para la elaboración del presente informe y, en especial, a Karen Mejía, abogada hondureña y defensora de derechos humanos, a Cecilia Baeza, profesora de la Universidad Pontificia Católica (PUC) de Sao Paulo, a Camila Maturana de la Corporación Humanas, a Gloria Maira de la Mesa de Acción por el Aborto en Chile y a Mariela Infante Erazo, socióloga feminista chilena, por su valioso apoyo en la elaboración del presente informe.

5. Presentación conjunta de la FIDH y del Observatorio Ciudadano sobre el séptimo informe periódico de Chile [http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCEDAW%2fNGO%2fCHL%2f30031&Lang=es].



Activistas pro-aborto se manifiestan cerca del Tribunal Constitucional en Santiago de Chile, el 21 de agosto de 2017. © Claudio Reyes / AFP AFP.

I. DESPENALIZACIÓN PARCIAL DEL ABORTO: UN AVANCE QUE NO LOGRA PONER FIN A LAS VIOLACIONES DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

El 21 de agosto de 2017, el Tribunal Constitucional de Chile tomó una decisión histórica al permitir la despenalización del aborto en tres circunstancias excepcionales: en caso de peligro para la vida de la mujer, de inviabilidad del feto y de violación. Esta sentencia, resultado de más de treinta años de lucha de las organizaciones feministas chilenas, permitió validar la reforma de la ley vigente en Chile desde hacía 28 años, que prohibía todo tipo de aborto, incluso el aborto por motivos terapéuticos. Sin embargo, este avance únicamente beneficiará a una minoría de mujeres y las múltiples violaciones de los derechos de las mujeres y las niñas que existían antes de la adopción de esta ley, en su mayor parte, continuarán existiendo.

A. El fin de una de las legislaciones más represivas y regresivas del mundo

1. Sesenta años de aborto terapéutico

Antes de su prohibición total por el régimen de Augusto Pinochet, el aborto con fines terapéuticos había estado autorizado en Chile entre 1931 y 1989⁶. En 1931, el Gobierno del presidente Carlos Ibáñez del Campo (1927-1931) decide crear un Código Sanitario y promulgar un nuevo marco jurídico que permita practicar el aborto para salvar la vida de la mujer embarazada, su integridad o su salud⁷. El aborto terapéutico se practica de forma extremadamente restrictiva y requiere el aval de tres médicos (artículo 226).

En 1968, con el Gobierno del presidente Eduardo Frei Montalva (1964-1970), se reduce a dos el número de médicos/as que debe validar el recurso al aborto⁸. Sin embargo, la legislación que regula la práctica del aborto se continúa aplicando de forma estricta y la autorización para proceder a un aborto únicamente se otorga cuando la continuación del embarazo amenaza directamente la vida de la mujer. Al mismo tiempo, se castiga con severidad a las mujeres que recurren a un aborto considerado ilegal, así como a los/as médicos/as que los practican o los facilitan.

Únicamente a partir de la llegada a la presidencia de Salvador Allende (1970-1973) algunos/as médicos/as comienzan a interpretar la ley de forma progresista, para así proteger mejor la salud y la vida de las mujeres, en especial, de las mujeres más pobres y más susceptibles de recurrir a abortos clandestinos de riesgo. A principios del año 1973, un grupo del personal de la Maternidad del Hospital Barros Luco, en Santiago, decide promover una nueva interpretación de la ley para reducir los riesgos asociados a los abortos clandestinos. Esta interpretación se basa en la idea de que estos abortos suponen un riesgo directo para la vida y la salud de las mujeres y que el aborto terapéutico, al brindar una alternativa al aborto clandestino y eliminar una gran parte de los riesgos que conlleva, puede, por este motivo, considerarse legal. Esta interpretación progresista de la ley se traduce por un considerable aumento de los abortos “legales” —según el concepto del Hospital Barros Luco— practicados en la maternidad. Este aumento se vio acompañado por un descenso sin precedentes del número de casos de complicaciones relacionadas con los abortos clandestinos⁹. Entre enero y septiembre de 1973, no se detectó ningún caso de mortalidad materna a causa de complicaciones posteriores a un aborto en la zona de intervención del hospital, cuando durante el año anterior se habían registrado 15 muertes asociadas a este tipo de complicaciones.

6. En 1931, el Gobierno del presidente Carlos Ibáñez del Campo (1927-1931) autoriza el aborto terapéutico a través del Decreto con Fuerza de Ley n° 226. Este decreto autoriza a practicar el aborto para salvar la vida de la madre, su integridad o su salud.

7. Decreto con Fuerza de Ley n°226.

8. Decreto con Fuerza de Ley n°725, promulgado en 1968 con el Gobierno del presidente Eduardo Frei Montalva (1964-1970).

9. Montreal, T. “Evolución histórica del aborto provocado en Chile y la influencia en la anticoncepción”. En *Simposio Nacional: Leyes para la salud y la vida de las mujeres. Hablemos de aborto terapéutico*. 1993 [<https://studylib.es/doc/5955446/factores-determinantes-de-la-tendencia-del-aborto>].

2. Treinta años de aplicación de una legislación retrógrada

El golpe de Estado y la llegada al poder de Augusto Pinochet (1973-1990) marcan la interrupción de estos inicios de progreso y en 1989 la dictadura militar prohíbe totalmente el aborto¹⁰, el mismo año en que el país ratifica la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Pese a que las victorias por el reconocimiento legal del derecho al aborto se multiplican en el resto del mundo¹¹, Chile se dota así de una de las legislaciones más represivas del planeta en materia de acceso al aborto, en detrimento de la libertad de elección de las mujeres y las niñas y del respeto a sus derechos. El aborto no solo está prohibido, sino que constituye una infracción penal para las mujeres que abortan y para las personas que realizan los abortos.

Uno de los pensadores de la revolución conservadora en la era de Pinochet, el antiguo senador Jaime Guzmán, declaró en octubre de 1974: “La madre debe tener el hijo, aunque este salga anormal, aunque no lo haya deseado, aunque sea producto de una violación o, aunque de tenerlo, derive su muerte”¹². Jaime Guzmán intentó introducir en la Constitución chilena una disposición que prohibía todo recurso al aborto, pero el proyecto no prosperó. En cambio, el derecho a la vida prenatal está reconocido como un derecho constitucional en la Constitución chilena (artículo 19, capítulo 3), adoptada en 1980 por el régimen de Pinochet y que sigue vigente en Chile. La cuestión de la protección de la vida del embrión es un argumento utilizado tradicionalmente, incluso en Chile, por quienes se oponen al aborto.

La caída del régimen autoritario y conservador de Augusto Pinochet y el retorno a la democracia a partir de 1990 no ha conducido, sin embargo, a una rápida reforma del marco jurídico chileno en materia de acceso al aborto. Durante las últimas tres décadas, se han presentado varias propuestas legislativas para intentar alternativamente endurecer la legislación antiabortista o, por el contrario, legalizar la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en determinadas circunstancias estrictamente definidas. El Parlamento chileno no adoptó ninguna de estas propuestas. En septiembre de 1991 se presenta¹³ el primer proyecto dirigido a legalizar de nuevo el aborto terapéutico¹⁴. En 1994, y posteriormente, en 2002, los diputados del partido conservador Unión Demócrata Independiente (UDI) proponen dos textos en sentido contrario, encaminados a endurecer la represión y aumentar las penas contra las mujeres que recurren al aborto y las personas que los practican¹⁵. Mientras que en 2003 se presenta un nuevo proyecto favorable al restablecimiento del aborto terapéutico, los parlamentarios de la UDI proponen un contraproyecto en 2006 cuyo objetivo es dificultar la despenalización del aborto. El texto propone agregar al artículo 19 de la Constitución, sobre el derecho a la vida prenatal, una disposición aumentando el *quorum* necesario para la despenalización del aborto. “Solo con el voto favorable de los 3/5 de los diputados/as y senadores/as en ejercicio se podrá derogar el delito de aborto”, establecía el proyecto de ley. Este proyecto fue finalmente rechazado y el *quorum* para la aprobación de las leyes, entre ellas las relativas al aborto, se mantienen en la mayoría absoluta de diputados/as y de senadores/as en ejercicio. A partir de finales del año 2006, los/as parlamentarios/as de izquierdas proponen sucesivamente varios proyectos legislativos dirigidos a legalizar el aborto en determinadas circunstancias (para salvar la vida de la mujer, en caso de malformación grave o de inviabilidad del feto o de violación)¹⁶, impulsados por las organizaciones feministas chilenas (2006, 2007, 2009, 2010, 2013)¹⁷. Aunque aumenta la presión por el reconocimiento del derecho al aborto a lo largo de la última década, la resistencia y la oposición de los partidos conservadores y de la Iglesia continúa siendo un obstáculo para la aprobación de textos progresistas.

10. Ley n°18.826 promulgada el 24 de agosto 1989 que establece la prohibición de ejecutar cualquier acción cuyo objetivo sea provocar un aborto [<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30202>].

11. Legalización en 1973 en Túnez, 1975 en Francia, 1981 en los Países Bajos, 1983 en Turquía.

12. Actas oficiales de la Comisión Constituyente, segunda parte de la sesión 83ª, 31 de octubre de 1974, Tomo III, pág. 121.

13. Por los diputados y diputadas Adriana Muñoz, Armando Arancibia, Carlos Smok, Juan Pablo Letelier y Carlos Montes.

14. Acceso al proyecto de ley en el enlace siguiente: https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=2693&prmBL=499-07.

15. Acceso al proyecto de ley en el enlace siguiente: https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=422&prmBL=1302-07.

16. En especial el Partido Radical Socialdemócrata (PPRD o PR), el Partido por la Democracia (PPD) y el Partido Socialista de Chile (PS).

17. Véase el cuadro del informe de la Universidad Diego Portales, *La penalización del aborto como una violación a los derechos humanos de la mujeres*, a partir de la pág. 77 [<http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/InformeAnual/2013/Cap%202%20Penalizacion%20de%20aborto%20como%20violacion%20a%20ddhh%20mujeres.pdf>].

B. Continúan las violaciones de los derechos de las mujeres chilenas

Tres décadas de prohibición del aborto sin excepción han tenido dramáticas repercusiones sobre la salud y la vida de cientos de miles de mujeres y de niñas chilenas y han dado lugar a reiteradas violaciones de sus derechos. Hasta este momento, el Estado había incumplido su obligación de proteger sus derechos, a pesar de estar consagrados en la Constitución chilena¹⁸ así como en diversos instrumentos regionales e internacionales de protección de los derechos humanos y, específicamente, de los derechos de las mujeres, ratificados por Chile¹⁹. Aunque la Ley 21.030 permitirá a algunas mujeres y niñas recurrir a abortos legales y seguros, más del 97 %²⁰ de las que desean o deben abortar continuarán sin poder hacerlo y siendo objeto de violación de sus derechos fundamentales.

1. Las mujeres, forzadas a recurrir al aborto clandestino

1.1. Las mujeres, consideradas como delincuentes

La Ley n° 18.826 adoptada por la dictadura militar de Pinochet en 1989 prohíbe estrictamente realizar cualquier acción cuyo fin sea provocar un aborto (artículo 119 del Código Sanitario y artículo 342 del Código Penal "Crímenes y delitos contra el orden de las familias, contra la moralidad pública y contra la integridad sexual"). Según la Ley n° 18.826, cualquier tipo de aborto consentido constituye un delito y el Código Penal establece penas de cárcel para las mujeres que recurren al aborto (artículo 344 del Código Penal), así como para las personas que lo practiquen, participen en él o lo faciliten (artículo 345), con penas de hasta tres y cinco años de prisión, respectivamente. El Código Penal²¹ y el Código de Procedimiento Penal²² estipulan asimismo que todo/a profesional de la salud que detecte que una mujer haya procedido a abortar está obligado/a a denunciarla ante las autoridades competentes, exponiéndola así a posibles procesos y a una condena penal. El hospital público, establecimiento cuyo objetivo es salvaguardar y proteger la salud y la vida de las personas, en Chile sería la principal institución responsable de la denuncia de casos de abortos clandestinos ante la policía, los jueces o el Ministerio Público²³.

Según informaciones de la Gendarmería de Chile, entre 2007 y 2017, se pronunciaron 166 condenas por delito de aborto, de las cuales 108 contra mujeres que habían recurrido a una IVE. En promedio el 86 % de las mujeres condenadas por este delito lo hizo en una situación de aborto consentido, y el 11 % fue sin consentimiento²⁴. Según otra información facilitada por el Ministerio Público chileno, en 2014, 174 personas han sido objeto de investigaciones judiciales por haber solicitado o practicado un aborto consentido, entre ellas 113 mujeres, es decir, más del 65 % de los casos. La mayoría de ellas habría recibido un fallo absolutorio o penas alternativas a la prisión. Entre 2010 y 2014, se dictaron 73 sentencias condenatorias por delito de aborto²⁵ pero únicamente se encarceló a profesionales

18. La Constitución chilena protege el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona, al respeto y protección de la vida privada, la libertad y la seguridad individual, a la salud, a la educación, a la información, artículo 19 [<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302>].

19. Véase la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (ratificada en 1989 por Chile); el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ratificado en 1972 por Chile); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ratificado en 1972 por Chile); la Convención Internacional de los Derechos del Niño (ratificada en 1990 por Chile); la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (ratificada en 1988 por Chile); la Convención Americana de Derechos Humanos (ratificada en 1990 por Chile); la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (ratificada en 1996 por Chile).

20. Mesa de Acción por el aborto en Chile, *En Día de Aborto Legal: Mesa de Acción reivindica el aborto como un derecho de las mujeres y aboga por su despenalización social y penal*, op. cit.

21. Código Penal, artículo 369, 12 de noviembre de 1874 [<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984>].

22. Código Procesal Penal, Ley 19.696, artículos 175 y 200, 29 de septiembre de 2000 [<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=176595>].

23. Corporación MILES, *Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile Estado de la situación 2016*, de Claudia Dides y Constanza Fernández, pág. 121 [http://www.mileschile.cl/documentos/Informe_DDSSRR_2016_Miles.pdf].

24. *El Desconcierto*, Entre 2007 y 2017 ha habido 166 condenas por delito de aborto, de estos 108 son condenas a mujeres. En promedio el 86% de las mujeres condenadas por este delito lo hizo en una situación de aborto consentido, y el 11% fue sin consentimiento. 1 de julio de 2018 [<http://www.eldesconcierto.cl/2018/07/01/a-9-meses-de-la-ley-de-aborto-en-3-causales-el-89-de-las-mujeres-decidió-interrumpir-su-embarazo/>].

25. *Ibid*, pág. 122.

hombres por complicidad o comisión directa del acto²⁶. Por lo tanto, aunque solo se condena a penas de prisión a las personas que practican abortos, se persigue judicialmente y se condena a muchas mujeres que abortan. Se estima que el plazo entre la denuncia y la formalización de la misma es de aproximadamente un año, a la que se pueden sumar varios años más de trámites²⁷. A lo largo de todo este proceso, estas mujeres viven con miedo a ser condenadas. Las que se pueden permitir contratar a un abogado privado para su defensa, que se considera más eficaz, tienen más posibilidades de ser absueltas. Las mujeres más pobres, por su parte, no pueden elegir a su defensor/a y sufren así una discriminación aún mayor.

Durante treinta años, este dispositivo penal ha expuesto a todas las mujeres y niñas que recurrieron a un aborto a posibles denuncias, acciones judiciales y condenas. La gran mayoría de ellas, todas aquellas que deseen abortar fuera de las condiciones previstas por la Ley 21.030, continuarán estando expuestas a estos riesgos²⁸.

1.2. Los abortos clandestinos: operaciones de alto riesgo

Esta draconiana legislación no ha impedido que numerosas mujeres y niñas intentasen, a cualquier precio, poner fin a un embarazo no deseado, no viable o que supusiera un riesgo para su salud. Según algunas estimaciones, entre 70 000 y 160 000 mujeres y niñas recurrirían cada año a abortos clandestinos en Chile²⁹, y según estimaciones más elevadas, uno de cada tres embarazos terminaría mediante un aborto³⁰. El aborto clandestino puede abarcar diferentes realidades, sobre todo en función del medio social de las mujeres.

i) Los abortos “menos seguros”

Algunas mujeres, que disponen de los recursos económicos necesarios, pueden viajar al extranjero, a algún lugar donde el aborto es legal y más seguro, e incluso pagar una interrupción voluntaria del embarazo practicada clandestinamente en Chile por un/a profesional de la salud. Estos últimos son extremadamente caros y pueden llegar a costar hasta 4 millones de pesos³¹ (aproximadamente 6 660 dólares). También es posible recurrir al Misotrol o Misoprostol, obtenido ilegalmente, un medicamento que, en origen, se recetaba para el tratamiento de úlceras gástricas y que permite provocar un aborto, ya que causa violentas contracciones. Su empleo se considera seguro durante las primeras nueve semanas de embarazo y peligroso a partir de la semana trece³² y su coste se sitúa entre 50 000 y 150 000 pesos (aproximadamente 80 y 250 dólares, respectivamente).

Sin embargo, estos métodos de aborto, *a priori* más seguros, siguen conllevando riesgos para la salud y la vida de las mujeres. Los abortos “practicados bien por un profesional cualificado que utilizó un método poco seguro o desfasado como el legrado uterino instrumental, bien por una persona no cualificada, incluso si esta utilizó un método seguro como el misoprostol”, siguen siendo peligrosos. Según la clasificación de la seguridad de los abortos realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Guttmacher en 2017, los métodos mencionados forman parte de la

26. *Ibid*, pág. 122.

27. *Ibid*, pág. 122.

28. Véase parte II, *infra*.

29. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile*, Centro de Derechos Humanos, Universidad Diego Portales, 2013 [<http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/InformeAnual/2013/Cap%202%20Penalizacion%20de%20aborto%20como%20violacion%20a%20ddhh%20mujeres.pdf>].

30. *Le Monde Diplomatique*, Maité Albagly: El Aborto en Chile, marzo de 2008, <http://www.lemondediplomatique.cl/El-Aborto-en-Chile.html>. Comparativamente, entre 2010 y 2014, en el mundo, el 25% de los embarazos se interrumpieron mediante un aborto provocado. Esta cifra es del 32% en América Latina y el Caribe. Véase Instituto Guttmacher, El aborto provocado en el mundo, ficha informativa, marzo de 2018 [<https://www.guttmacher.org/fr/fact-sheet/avortement-provoque-dans-le-monde>].

31. Universidad Diego Portales. *La penalización del aborto como una violación a los derechos humanos de la mujeres*, 2013 [<http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/InformeAnual/2013/Cap%202%20Penalizacion%20de%20aborto%20como%20violacion%20a%20ddhh%20mujeres.pdf>].

El ingreso medio de la población chilena es de 350 000 pesos netos por mes, aproximadamente. Instituto Nacional de Estadísticas – INE, 25 de julio de 2017 [[http://www.ine.cl/prensa/detalle-prensa/2017/07/25/ingreso-laboral-promedio-mensual-en-chile-fue-de-\\$517.540-en-2016](http://www.ine.cl/prensa/detalle-prensa/2017/07/25/ingreso-laboral-promedio-mensual-en-chile-fue-de-$517.540-en-2016)].

32. Organización Mundial de la Salud. *Avortement sécurisé, Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, 2013 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78413/1/9789242548433_fre.pdf].

categoría “menos seguros”³³. Los abortos practicados ilegalmente, pero en condiciones seguras, es decir “por profesionales sanitarios cualificados mediante un método recomendado por la OMS que fue apropiado a la duración del embarazo”³⁴ continúan siendo muy minoritarios.

Muchas mujeres y niñas no disponen de los medios económicos necesarios para recurrir a este tipo de métodos de IVE, seguros y “menos seguros”, especialmente en las zonas rurales, y se ven obligadas a utilizar métodos aún menos seguros.

ii) Los abortos “nada seguros”

La legislación chilena ha alentado igualmente el uso de métodos abortivos de alto riesgo, practicados en la clandestinidad por personas no habilitadas (miembros de la familia, personas cercanas) e incluso por ellas mismas, con procedimientos peligrosos, o en condiciones que no cumplen los requisitos sanitarios mínimos. Estos métodos afectaban especialmente a las mujeres y las niñas que no pueden permitirse pagar una atención médica privada o en el extranjero. Según la clasificación de la OMS y del Instituto Guttmacher, estos abortos son los abortos “nada seguros”³⁵. Numerosos informes han mencionado el recurso a métodos de aborto peligrosos y a veces extremadamente peligrosos: utilización, por ejemplo, de objetos puntiagudos o cortantes, como tijeras; de venenos o líquidos, como detergente inyectado en el útero para destruir al feto, o de brebajes a base de hierbas³⁶.

De forma general, la prohibición de abortar, que persiste hoy para la mayoría de las mujeres, limita el acceso a una información adecuada y completa sobre los métodos de aborto y los riesgos que conllevan. Internet es la principal fuente de información para las mujeres que desean abortar clandestinamente, lo que no garantiza el acceso a información fiable y limita igualmente el acceso a la información a aquellas mujeres que no tienen acceso a Internet que son, sobre todo, las mujeres más pobres.

A la discriminación derivada de la falta de acceso en condiciones legales y seguras a cuidados médicos que únicamente necesitan las mujeres, se añade una discriminación social. Cuanto más pobres son las mujeres, más elevados son los riesgos que deben asumir para su salud y su vida. Los métodos de aborto nada seguros afectan especialmente a las mujeres indígenas, que representarían más del 9 % de la población femenina del país³⁷. La dimensión interseccional³⁸ de la discriminación que sufren las mujeres en materia de acceso al aborto constituye un elemento fundamental de la situación que prevaleció desde 1989 y que parece destinada a perdurar³⁹.

iii) Las dramáticas consecuencias de los abortos clandestinos

Las mujeres y las niñas que abortan clandestinamente sufren secuelas físicas y psicológicas graves, a veces irreparables⁴⁰. Las consecuencias físicas pueden incluir: infecciones, hemorragias, lesiones o quemaduras del aparato genital y los órganos internos, traumatismos vaginales, del cuello o del útero, perforación del útero, infertilidad, discapacidad, muerte. Un informe de la Universidad Diego Portales realizado a partir de entrevistas a mujeres que han abortado clandestinamente, personas que han sido testigo de dichos abortos y profesionales de la salud, señalan casos de histerectomía —es decir, la

33. La categoría de menos seguros es una subclasificación dentro de la categoría relativa a los abortos peligrosos. Véase Organización Mundial de la Salud, Instituto Guttmacher, En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año, 28 de septiembre de 2017 [<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/unsafe-abortions-worldwide/es/>].

34. *Ibid.*

35. *Ibid.*

36. Véase, concretamente, el informe de Amnistía Internacional, *Chile no protege a las mujeres: La criminalización del aborto viola los derechos humanos*, junio de 2015 [<https://amnistia.cl/informe/informe-chile-no-protege-a-las-mujeres-la-criminalizacion-del-aborto-viola-los-derechos-humanos/>].

37. Centro Latinoamericano para el desarrollo Rural. *Quiénes son las mujeres indígenas en Chile*, 31 de octubre 2017 [<https://rimisp.org/noticia/quienes-son-las-mujeres-indigenas-en-chile/>].

38. La interseccionalidad, término inventado en 1989 en los Estados Unidos, explica las relaciones de dominación que se basan en las discriminaciones múltiples que sufre una persona en razón, por ejemplo, de su sexo, de su raza, de su orientación sexual, identidad de género, edad, religión, nivel de recursos, discapacidad, etc.

39. Véase parte II, *infra*.

40. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/HRC/31/57, 5 de enero de 2016, A/HRC/31/57, *op. cit.*, párr. 43 [<http://undocs.org/es/A/HRC/31/57>].

ablación del útero—, de infecciones, de abortos incompletos⁴¹ —a consecuencia del uso de misoprostol—, de hemorragias y de fiebre, a pesar de que estos abortos eran practicados por médicos/as⁴².

Las consecuencias psicológicas pueden incluir vergüenza, culpabilidad, estigmatización, rechazo por parte de la familia, del entorno y de la sociedad, trastornos de ansiedad, aislamiento, pérdida de autoestima, depresión. Las mujeres que abortan contra la voluntad de su esposo o pareja se arriesgan a que esta las deje. Las mujeres, al igual que sus esposos o parejas cuando las hayan ayudado a abortar, pueden asimismo ser estigmatizados en su contexto profesional, hasta el punto de tener que dejar su empleo⁴³. Este miedo a la estigmatización y al rechazo obliga a muchas mujeres y niñas a abortar en la más absoluta soledad y ocultación. Muchas mujeres indican haber informado únicamente a un número muy reducido de personas de su aborto, a menudo meses o años después de la operación. Algunas no revelan nunca a nadie de su entorno que han abortado⁴⁴. Su vulnerabilidad aumenta también por la falta, a veces total, de atención médica posterior al aborto y de acompañamiento psicológico adecuado tras la operación.

El informe de la Universidad Diego Portales informa del sufrimiento psicológico extremo causado por los abortos clandestinos: “El pánico de que no despertarán luego de la sedación, o de que morirán desangradas por el uso de misoprostol, o no podrán tener hijos en el futuro, está presente en todos los relatos, sin distinción de clase social, tipo de aborto o edad”⁴⁵. El informe indica que “[u]na mujer de 23 años, que acompañó a una amiga (...) para abortar con misoprostol, narró que fue tanto el sangrado y dolor que pensaron que iba a morir”.

Los abortos clandestinos constituyen un problema de salud pública. La restrictiva legislación chilena suponía una violación del derecho de las mujeres a la salud⁴⁶, al prohibirles el acceso a un aborto legal y seguro, so pena de ser encarceladas, forzándolas a poner en peligro su salud a través de abortos clandestinos y disuadiéndolas (mediante la penalización del aborto y la obligación de su denuncia impuesta a los/as médicos/as) de solicitar atención médica postaborto.

Aunque la Ley 21.030 constituya un logro al autorizar el aborto en tres circunstancias, no permitirá poner fin al conjunto de estas violaciones, y la inmensa mayoría de las mujeres y las niñas que abortan fuera de estas tres causales muy restrictivas previstas por la ley seguirán poniendo en peligro su vida y su salud. Con motivo del examen de Chile en marzo de 2018, el Comité CEDAW manifestó su preocupación por “[...] a persistencia del riesgo potencial que suponen para las mujeres los abortos ilegales y en condiciones de riesgo, a pesar de las recientes medidas legislativas”⁴⁷.

41. Los tejidos y los productos del embarazo no se han retirado completamente o no han sido expulsados del útero, lo que puede favorecer el riesgo de complicaciones para la salud de las mujeres y las niñas.

42. Universidad Diego Portales, *La penalización del aborto como una violación a los derechos humanos de las mujeres*, 2013, *op. cit.*

43. Véanse los casos descritos en el informe de Amnistía Internacional, *op. cit.*, pág. 22.

44. Véanse especialmente determinados testimonios de mujeres tomados por Amnistía Internacional, *Ibid.*

45. Universidad Diego Portales, *La penalización del aborto como una violación a los derechos humanos de las mujeres*, 2013, *op. cit.*

46. Artículo 12 de la Convención CEDAW.

47. Comité CEDAW, *Observaciones finales, Chile*, 14 de marzo de 2018, CEDAW/C/CHL/CO/7, párr. 38 a [<http://undocs.org/es/CEDAW/C/CHL/CO/7>].

2. La falta de acceso al aborto por violación o para las menores de edad

El número de violaciones en Chile es elevado, en especial las cometidas contra mujeres y niñas⁴⁸. Hasta 2017, el aborto estuvo prohibido en caso de violación, lo que privó a muchas mujeres y niñas embarazadas a consecuencia de una violación de su derecho a acceder a servicios de aborto legal y seguro. Según la unidad encargada de delitos sexuales del Ministerio Público chileno, 17 personas eran violadas cada día en el país⁴⁹. Según un estudio publicado por las Naciones Unidas en 2015, en Chile, el 8,7 % de las niñas y niños, es decir, prácticamente uno de cada diez, indicaron haber sufrido abuso sexual, un cuarto de ellos/as precisó que este abuso había tenido lugar varias veces y el 12,2 % que se producía con frecuencia⁵⁰. En 2016, el Ministerio del Interior registró 7 274 casos de violaciones y de agresiones sexuales contra mujeres, de las cuales, el 58 % eran niñas. En el caso de las niñas, en particular, las violaciones y las agresiones fueron cometidas por miembros de su familia, las denuncias resultan más difíciles y las cifras registradas son muy inferiores a la realidad⁵¹. En los últimos años, la prensa también ha hecho eco de muchos embarazos causados por incesto⁵².

Según algunos estudios, el número de embarazos como consecuencia de una violación es más elevado en las menores de edad: el 66 % de las mujeres y las niñas embarazadas a consecuencia de una violación son menores de 18 años y el 11 % tiene menos de 12 años⁵³. La protección de las niñas embarazadas es una de las funciones reservadas al Servicio Nacional de Menores (SENAME)⁵⁴, institución estatal creada en 1979. En 2013, se ocupó de 72 casos de niñas y adolescentes embarazadas a consecuencia de violación que solicitaron su protección. El 50 % tenía entre 14 y 15 años, 24 % entre 12 y 13 años y 19 % entre 16 y 17 años⁵⁵. Desde la adopción de la Ley 21.030, las mujeres y las niñas víctimas de violaciones podrán abortar. Según el MINSAL, en septiembre de 2017 y abril de 2018, 37 mujeres y niñas solicitaron un aborto por violación, y de estas 37 pacientes, 15 tenían menos de 18 años y 4 menos de 14 años⁵⁶.

Desde abril de 2018, decenas de miles de estudiantes se han manifestado contra las agresiones y el acoso sexual. Esta movilización en favor de los derechos de las mujeres, sin precedente desde la dictadura, pone de relieve también la alta prevalencia de la violencia sexual y de género en el país. El movimiento nació en el sur, en la Universidad de Valdivia, cuya dirección no tomó medidas para imponer verdaderas sanciones a un profesor acusado de acoso sexual a una empleada de la institución. Posteriormente se denunció un caso similar en la Facultad de Derecho de Santiago. En junio de 2018, una veintena de establecimientos escolares fueron ocupados por estudiantes pidiendo una mayor consideración de la violencia basada en el género y más medios para luchar

48. CEDAW/C/CHL/CO/7, *op. cit.*, párr. 38 c.

49. *La Tercera*. ONU: Chile es tercero en el mundo en tasa de denuncias por abuso a menores, 25 de mayo de 2014 [<http://www.latercera.com/noticia/onu-chile-es-tercero-en-el-mundo-en-tasa-de-denuncias-por-abuso-a-menores/>].

50. UNICEF, *4º Estudio de Maltrato Infantil en Chile*, mayo de 2015 [<http://unicef.cl/web/4-estudio-de-maltrato-infantil-en-chile-analisis-comparativo-1994-2000-2006-2012/>]. El estudio no especifica de qué tipo de abuso sexual se trata.

51. *La Tercera*. Casi la mitad de las mujeres violadas que han abortado son menores de edad, 7 de mayo de 2018 [<http://www.latercera.com/nacional/noticia/casi-la-mitad-las-mujeres-violadas-abortado-menores-edad/155655/>].

52. Véase *Emol*, Niña de 11 años con 5 meses de embarazo denuncia violación de su padrastro, 9 de agosto de 2016 [<http://www.emol.com/noticias/Nacional/2016/08/09/816529/Nina-de-11-anos-denuncia-violacion-de-su-padrastro-y-tiene-5-meses-de-embarazo.html>].

La Segunda Online. La historia de la niña de 13 años que tiene un embarazo inviable, 4 de noviembre de 2014 [<http://www.lasegunda.com/Noticias/Nacional/2014/11/973321/la-historia-de-la-nina-de-13-anos-que-tiene-un-embarazo-inviable>].

El Mundo. El embarazo de una niña violada reaviva la polémica sobre el aborto, 20 de noviembre de 2013 [<http://www.elmundo.es/internacional/2013/11/20/528d2c3563fd3de2228b456a.html>]; *El País*, Chile impide abortar a una niña de 11 años violada por su padrastro, 6 de julio de 2013 [https://elpais.com/sociedad/2013/07/06/actualidad/1373105933_965171.html].

53. Corporación Humanas. *Chile: Aborto y Maternidad Infantil* [www.humanas.cl/?p=15287].

54. Nuestras organizaciones desean señalar que el SENAME es una controvertida institución y que, a lo largo de la última década, se ha informado de casos de maltrato y de violencia contra niños y niñas al cuidado de esta institución. Un informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), publicado en 2012, afirmaba que en 2012 habían muerto 75 niños, niñas y adolescentes mientras estaban al cuidado de instituciones de protección en el país. Véase, en especial, *El Mostrador*, Unicef contradice cifra oficial de menores muertos en Sename, 21 de julio de 2016 [<http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2016/07/21/unicef-contradice-cifra-oficial-de-menores-muertos-en-sename/>].

55. Corporación Miles, *Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile Estado de la situación 2016*, *op. cit.*, pág. 120.

56. *La Tercera*. Casi la mitad de las mujeres violadas que han abortado son menores de edad, 7 de mayo de 2018 [<http://www.latercera.com/nacional/noticia/casi-la-mitad-las-mujeres-violadas-abortado-menores-edad/155655/>]. Se practicaron 99 abortos debido a un peligro para la vida de la mujer y 57 por inviabilidad del feto.

contra la impunidad y a favor de los derechos de las mujeres. En 2016, se denunciaron 228 casos de violencia sexual en 10 de las 43 universidades del país y, desde el inicio de 2018, la Coordinadora Feminista Universitaria (COFEU) ha recibido 80 denuncias, únicamente referidas a la Universidad de Santiago⁵⁷.

Aunque la reforma de la legislación sobre el aborto ya permite, por lo tanto, a las mujeres y las niñas víctimas de violación recurrir legalmente al aborto, nuestras organizaciones se muestran preocupadas por el hecho que los plazos legales previstos impidan aún a muchas de ellas el acceso efectivo a este derecho⁵⁸. Las mujeres y niñas víctimas de violación sin posibilidad de abortar continuarán viéndose obligadas a abortar de forma clandestina o a llevar a término su embarazo.

57. *Publimetro*. Acoso y abuso sexual en universidades: 228 denuncias fueron recepcionadas en 2016, 14 de noviembre de 2018 [<https://www.publimetro.cl/cl/noticias/2017/11/14/acoso-abuso-sexual-universidades-228-casos-fueron-recepcionados-2016.html>].

Libération. Chile : "On parlera de cette «révolution féministe» dans les livres d'histoire", 5 de junio de 2018 [http://www.liberation.fr/planete/2018/06/05/chili-on-parlera-de-cette-revolution-feministe-dans-les-livres-d-histoire_1656831].

58. Véase parte II, *infra*.

3. Las graves consecuencias de los embarazos no deseados o precoces

El carácter restrictivo de la Ley 21.030 impide a miles de mujeres y de niñas recurrir a abortos legales y seguros. Las que no pueden interrumpir su embarazo se ven así obligadas a llevar a término un embarazo no deseado. Por otra parte, muchas jóvenes, mal informadas, que carecen de acceso a métodos de contracepción eficaces, son vulnerables a los embarazos precoces. Estos embarazos no deseados o precoces pueden originar graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales⁵⁹.

3.1. Los embarazos precoces

i) Una lacra social

Los embarazos precoces se consideran en Chile un problema social y de salud pública debido a la magnitud del fenómeno y a las graves consecuencias que generan para la salud y la vida de las niñas. En 2014, se registraron 30 306 partos de niñas de 10 a 19 años, de los cuales el 12 % en niñas de 10 a 14 años⁶⁰. Del total de niños y niñas nacidos en 2010, el 16 % fue de madres de 19 años o menos⁶¹.

Existen diferentes factores que explican la importancia de los embarazos precoces en Chile. A los numerosos casos de violación, se añade el escaso acceso a una educación completa en materia de sexualidad, a la planificación familiar y a métodos de contracepción adecuados⁶².

ii) La falta de acceso a la contracepción

Durante su 69ª sesión (19 de febrero a 9 de marzo de 2018), el Comité CEDAW, que examinó la situación de los derechos de las mujeres en Chile, manifestó su preocupación por “[l]as persistentes lagunas en la aplicación de la Ley núm. 20.418 de 2010, por la que se permite el uso, la venta y la distribución de anticonceptivos de emergencia, y las dificultades a que se enfrentan las mujeres para acceder a métodos anticonceptivos modernos y a servicios de planificación familiar”⁶³. Si la Ley 20.418 sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad promulgada en enero de 2010 fue resultado de varios años de movilización de las organizaciones de la sociedad civil y el primer instrumento de ámbito nacional que establece garantías en materia de derechos sexuales y reproductivos⁶⁴, su aplicación continúa siendo limitada, especialmente en lo relativo a la contracepción de urgencia.

Algunas disposiciones de la Ley 20.418 relativas a la contracepción de urgencia pueden, en efecto, tener un carácter disuasivo, en el sentido que ponen trabas a la autonomía de las mujeres y las niñas. Por ejemplo, los/as profesionales que brindan una contracepción de urgencia a una niña de menos de 14 años deben informar posteriormente a la persona responsable legal de esta última, lo que puede disuadirla de recurrir a este método que podría permitirle evitar un embarazo precoz. Del mismo modo, el artículo 5 de esta ley establece que “[s]i al momento de solicitarse la prescripción médica de un método anticonceptivo de emergencia o de solicitarse su entrega en el sistema público o privado de salud fuese posible presumir la existencia de un delito sexual en la persona del solicitante o para quien se solicita, el facultativo o funcionario que corresponda deberá poner los antecedentes

59. A/HRC/31/57, *op. cit.*, párr. 43.

60. Corporación Miles. *Primer Informe*, *op. cit.*, pág. 46.

61. Ministerio de Salud. *Situación actual del embarazo en Chile*, septiembre de 2012, *op. cit.*, pág. 9.

Dides, C., Benavente, M., y Morán, J., *Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile*, 2008 [<http://www.flacsochile.org/wp-content/uploads/2015/05/Diagnostico-de-la-situaci%C3%B3n-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-Chile.-2008.pdf>].

62. International Planned Parenthood Federation, *Baromètre latinoaméricain sur l'accès des femmes aux contraceptifs modernes*, septiembres de 2016 [<https://www.ippfwhr.org/sites/default/files/Barometro-v2.pdf>].

63. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Chile*, CEDAW/C/CHL/CO/7, *op. cit.*, párr. 38 d), 9 de marzo de 2018 [<http://undocs.org/fr/CEDAW/C/CHL/CO/7>] [http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/SessionDetails1.aspx?SessionID=1157&Lang=en].

64. La Ley 20.418 garantiza el “derecho a elegir libremente, sin coacción de ninguna clase y de acuerdo a sus creencias o formación, los métodos de regulación de la fertilidad femenina y masculina, que cuenten con la debida autorización y, del mismo modo, acceder efectivamente a ellos (...), en la forma señalada en el artículo 4º” (artículo 2), así como el derecho a “recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial” (artículo 1).

a disposición del Ministerio Público⁶⁵. Esta disposición —que no establece que sea necesario el consentimiento previo de la paciente para transmitir informaciones relativas a la infracción de la que ha sido la víctima— puede tener igualmente un efecto disuasorio para las mujeres que no desean informar de la violencia de la que han sido objeto o que el Ministerio Público inicie procedimientos penales contra el autor.

iii) Las dramáticas consecuencias de los embarazos precoces para la salud y la vida de las niñas

Los embarazos precoces tienen repercusiones físicas especialmente graves para las niñas y constituyen un peligro para su salud y su vida. Los órganos sexuales internos, en especial el útero, continúa su desarrollo hasta el final del crecimiento, que las niñas más jóvenes no han alcanzado, aunque sean púberes. Sin embargo, el desarrollo de un feto y de la placenta es siempre igual en todas las mujeres, independientemente de su morfología. Hasta el final del crecimiento de las niñas (entre los 15 y los 18 años), un embarazo supone un riesgo significativo e incrementa la mortalidad materna y las complicaciones letales de la gestación y el parto. Algunas niñas pequeñas que no pueden abortar mueren o sufren una discapacidad (parálisis, fístula obstétrica, etc.). Los embarazos precoces también pueden provocar una falta de aporte de elementos y vitaminas esenciales (anemias severas, descalcificación, raquitismo, desnutrición, etc.), lo que supone una seria dificultad para las niñas durante mucho tiempo⁶⁶. Por otra parte, estos embarazos aumentan el riesgo de mortalidad perinatal⁶⁷ en aproximadamente un 50 % de los bebés nacidos de madres menores de 20 años, en relación con aquellos bebés nacidos de madres de entre 20 y 29 años de edad⁶⁸. Por lo tanto, todas las niñas deberían poder acceder a un aborto medicalizado debido al riesgo que el embarazo y el parto suponen para su salud y su vida⁶⁹. El Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas ha recomendado incluso a los Estados que garanticen el acceso de las adolescentes a los servicios de aborto medicalizado, “independientemente de si el aborto es en sí legal”⁷⁰.

Además, durante la gestación, estas niñas son estigmatizadas, a menudo abandonan su escolarización y sus estudios y raramente los retoman tras el parto. Conforme a la información facilitada a la FIDH por el Ministerio de Educación chileno, entre 2012 y 2015, se presentaron 175 denuncias por discriminación basada en un embarazo ocurrido durante la escolaridad o los estudios⁷¹. Siempre según los datos del Ministerio de Educación, 8,3 % de jóvenes indicó en 2015 que el motivo principal por el que abandonó sus estudios fue un embarazo —de ellas mismas o de su pareja⁷²—. A este respecto, el Comité de los Derechos del Niño indicó en 2013 que “[d]ebe prohibirse la discriminación de las adolescentes que quedan embarazadas, como cuando se las expulsa de la escuela, y deben ofrecerse oportunidades de educación permanente”⁷³. Por otra parte, las tasas más elevadas de embarazos adolescentes afectan a jóvenes de los entornos socioeconómicos más empobrecidos⁷⁴. El abandono escolar reduce las posibilidades de encontrar un empleo, sobre todo un empleo cualificado y bien remunerado, así como las perspectivas de vida⁷⁵. La prohibición de abortar para las niñas vulnera así su derecho a la salud, la educación y la no discriminación⁷⁶. Las necesidades en términos de acceso al aborto son, por lo tanto, mas importantes en las niñas.

65. Ley N°20.418, Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, 25 de enero de 2010 [<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1010482>].

66. FIDH. *Sénégal: Je ne veux pas de cet enfant, moi je veux aller à l'école* [No quiero ese niño, quiero ir a la escuela] La prohibición de la interrupción voluntaria del embarazo en Senegal, diciembre de 2014, pág. 12. [<https://www.fidh.org/IMG/pdf/senegalfemmes651f2014web.pdf>].

67. Se define como mortalidad perinatal a la suma de todos los natimueertos (muerte del feto después de 22 semanas de gestación) y todas las muertes de neonatos precoces (muerte de niños de menos de una semana).

68. Organización Mundial de la Salud. *Santé sexuelle et reproductive* [<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/laws/fr/>]

69. Comité de los Derechos del Niño. *Observación general N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 24), 17 de abril de 2013, CRC/C/GC/15, pág. 8 [<http://undocs.org/es/CRC/C/GC/15>].

70. *Ibid*, pág. 9.

71. Información facilitada por el Ministerio de Salud durante la misión de la FIDH en Santiago, enero de 2017.

72. Corporación Miles. *Primer Informe, op. cit.*, pág. 33.

73. CRC/C/GC/15, *op. cit.*, pág. 8.

74. Corporación Miles. *Primer Informe, op. cit.*, pág. 33.

75. Ministerio de la Salud. *Situación actual del embarazo en Chile*, septiembre de 2012, pág. 2 [http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201210251259030.situacion_actual_embarazo_adolescente_en_chile.pdf].

76. Estos derechos están protegidos por los artículos 2, 10 y 12 de la Convención CEDAW.

3.2. Los embarazos no deseados

Los embarazos no deseados tienen graves repercusiones, tanto sanitarias como sociales, en la vida de las mujeres.

i) Graves consecuencias psicológicas

Los embarazos no deseados pueden tener graves consecuencias para la salud y, en particular, para la salud mental de las mujeres y del resto de miembros de la familia. Favorecen la aparición de depresiones durante el embarazo y posparto, así como ansiedad y estrés. La continuación forzada del embarazo hasta su término, por ejemplo, para las mujeres a las que se les ha negado un aborto o que han fracasado en su intento de abortar, favorece la aparición de comportamientos autodestructivos, entre ellos, tendencias suicidas, resentimiento hacia el niño e incluso enfermedades mentales⁷⁷.

ii) Los embarazos no deseados alientan las desigualdades

De forma general, los embarazos no deseados alientan las desigualdades, sobre todo, las desigualdades entre hombres y mujeres, y reducen las oportunidades vitales de las mujeres. En sociedades como la chilena, en las que las mujeres son, aún con demasiada frecuencia, las principales responsables en la práctica de la educación de los niños y niñas, el hecho de no tener la posibilidad de elegir si quieren tener un hijo y cuándo tenerlo limita su acceso a la educación, a un empleo, su participación en la vida política y pública, social y cultural y su acceso al empleo⁷⁸ en condiciones de igualdad con los hombres y los niños.

77. Global Doctors for Choice Networks. *Unwanted Pregnancy, Forced Continuation of Pregnancy and Effects on Mental Health, Documento de Posición*, diciembre de 2011 [<http://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/Unwanted-Pregnancy-Forced-Continuation-of-Pregnancy-and-Effects-on-Mental-Health-v2.pdf>].

78. Estos derechos están protegidos por los artículos 7, 11 y 13 de la Convención CEDAW.



Activistas sostienen carteles a pro aborto durante una manifestación en Santiago, Chile, el 25 de julio de 2017. © Martin Bernetti / AFP

II. LAS RESTRICCIONES EN EL ACCESO AL ABORTO DENTRO DEL NUEVO MARCO LEGAL PERPETÚAN LAS VIOLACIONES DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

La adopción de la Ley 21.030 constituye un avance para el acceso de las mujeres y las niñas a los derechos sexuales y reproductivos, en la medida en que legaliza la interrupción del embarazo en determinadas situaciones. Sin embargo, esta ley continúa siendo restrictiva y limita drásticamente las circunstancias en las que las mujeres y las niñas pueden acceder a un aborto legal y seguro sin incurrir en sanciones legales. Según las estimaciones de una coalición de organizaciones chilenas e internacionales, las tres causales previstas por la ley representan únicamente el 2,5 % de los abortos

realizados en Chile⁷⁹. Así pues, el aborto sigue prohibido penalmente en la gran mayoría de casos, por lo que esta reforma no permite poner fin a las violaciones de los derechos de las mujeres y las niñas que existían con anterioridad a la nueva ley: el derecho a la vida, a la salud⁸⁰, a la dignidad, a la autonomía⁸¹, a disponer del propio cuerpo, a la no discriminación⁸², a no ser objeto de violencias machistas⁸³ o, en algunos casos, de tortura o trato degradante⁸⁴, a la educación, al trabajo y a la participación en la vida pública y política, social y cultural. Además de las limitaciones ligadas a las causas del aborto, la Ley 21.030 prevé otros obstáculos de diferente tipo; los vinculados a los plazos dentro de los cuales se debe practicar el aborto, a la intervención de terceras personas, al acceso a la información y a la objeción de conciencia.

A. Limitaciones vinculadas a las causales

1. Lo que dice la Ley 21.030

La Ley 21.030 mantiene el principio de prohibición del aborto, aunque introduce tres excepciones, cuando el embarazo supone un riesgo para la vida de las mujeres, cuando es consecuencia de una violación y cuando el feto no es viable. Fuera de estas tres circunstancias, se mantienen las disposiciones del Código Penal que prevén penas de cárcel para las mujeres y las niñas que aborten y para quienes practiquen o faciliten que los abortos se continúen realizando.

2. La obligación del Estado de tomar medidas más globales

Al limitar el acceso de las mujeres y las niñas al aborto a tres circunstancias excepcionales sin basarse en su libertad de elección, esta ley se opone a su derecho a disponer del propio cuerpo y a decidir sobre su maternidad. El hecho que no se tenga en cuenta la voluntad de las mujeres constituye un obstáculo para la reducción significativa de los embarazos no deseados y los abortos clandestinos y perpetúa las diversas violaciones de derechos humanos que se derivan de ello⁸⁵. Sin embargo, con arreglo a los principios del Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo, resultantes del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de América Latina y el Caribe, el Estado chileno está obligado a “eliminar el aborto inseguro” y “las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro”⁸⁶. Según nuestras organizaciones, únicamente la legalización del aborto convertida en ley, pudiendo ser ejercida en toda circunstancia con arreglo a la voluntad de la mujer embarazada, permitiría la eliminación total de los abortos clandestinos.

79. Mesa de Acción por el aborto en Chile. *En Día de Aborto Legal: Mesa Acción reivindica el aborto como un derecho de las mujeres y aboga por su despenalización social y penal*, 28 de septiembre de 2017 [<http://accionaborto.cl/2017/09/28/en-dia-de-aborto-legal-mesa-accion-reivindica-el-aborto-como-un-derecho-de-las-mujeres-y-aboga-por-su-despenalizacion-social-y-penal/>].

80. Comité CEDAW para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. *Recomendación general n° 24: Artículo 12 de la Convención (La mujer y la salud)*, 1999, E /C.12/GC/22s, párr. 31 c; [http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT/CEDAW/GEC/4738&Lang=en]; véase también, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC). *Observación general n° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, 2 de mayo de 2016, E /C.12/GC/22, párr. 41 [http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E/C.12/GC/22&Lang=en].

81. Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 3 de agosto de 2011, A/66/254, párr. 21 [<https://undocs.org/es/A/66/254>].

82. Artículo 2 de la Convención CEDAW. Véase también la Declaración conjunta de Expertos en derechos humanos de las Naciones Unidas, la Relatora sobre los Derechos de las Mujeres de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y el Relator Especial sobre los derechos de las mujeres y sobre los defensores de los derechos humanos de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 24 de septiembre de 2015: “[L]a criminalización [del aborto medicalizado] o cualquier otra circunstancia que pudiera obstaculizar el acceso a los servicios que únicamente necesitan las mujeres, como el aborto y la contracepción de urgencia, constituyen discriminaciones basadas en el género y son inadmisibles” [traducción de la FIDH] [<https://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16490&LangID=F>].

83. Comité CEDAW para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. *Recomendación general n° 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer*, 26 de julio de 2017, CEDAW/C/GC/35, párr. 18 [<https://undocs.org/es/CEDAW/C/GC/35>].

84. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, A/HRC/31/57, 5 de enero de 2016, A/HRC/31/57, *op. cit.*, párr. 43 y 44.

85. Véase *supra*.

86. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo, Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, 15 de agosto de 2013 [<http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2013/9232.pdf>].

Varios instrumentos internacionales ratificados por Chile recomiendan la despenalización del aborto y el respeto de la libertad de elección de las mujeres y las niñas en materia sexual y reproductiva. Por ejemplo, el Comité CEDAW recomienda a los Gobiernos que enmienden *“la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos”*⁸⁷.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (CDESC), encargado de supervisar la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), del que Chile es Estado parte, indica que *“[l]a prevención de los embarazos no deseados y los abortos en condiciones de riesgo requiere que los Estados adopten medidas legales y políticas y liberalicen las leyes restrictivas del aborto; garanticen el acceso de las mujeres y las niñas a servicios de aborto sin riesgo y asistencia de calidad posterior a casos de aborto, especialmente capacitando a los proveedores de servicios de salud; y respeten el derecho de las mujeres a adoptar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva”*⁸⁸.

El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental considera que *“[l]a penalización del aborto es una clara expresión de la injerencia del Estado en la salud sexual y reproductiva de la mujer”* y que *“restringe el control de la mujer sobre su cuerpo”*⁸⁹. Así, en su opinión, *“[l]as leyes penales que castigan y restringen el aborto inducido son el ejemplo paradigmático de las barreras inaceptables que impiden a las mujeres ejercer su derecho a la salud y, por consiguiente, deben eliminarse. Estas leyes atentan contra la dignidad y autonomía de la mujer al restringir gravemente su libertad para adoptar decisiones que afecten a su salud sexual y reproductiva”*⁹⁰. Según el Relator, *“[l]a aplicación de esas leyes debe reconsiderarse inmediatamente”* ya que *“[s]u eliminación no debe ser progresiva”*⁹¹.

En el caso de las niñas, el Comité de los Derechos del Niño ha indicado que *“[l]os Estados deben procurar que las niñas puedan tomar decisiones autónomas y fundamentadas sobre su salud reproductiva”*⁹². Recomendó a los Estados que *“despenalicen el aborto para que las niñas puedan, en condiciones seguras, abortar y ser atendidas tras hacerlo, así como a que revisen su legislación para asegurar que se atienda el interés superior de las adolescentes embarazadas y se escuche y se respete siempre su opinión en las decisiones relacionadas con el aborto”*⁹³.

Con motivo del Examen Periódico universal de Chile en 2014, varios Estados le habían recomendado que liberalizase su legislación sobre el aborto⁹⁴. En marzo de 2018, tras la aprobación de la Ley 21.030, el Comité CEDAW recomendó a las autoridades chilenas que ampliase *“el ámbito de aplicación de la Ley núm. 21.030 para despenalizar el aborto en todos los casos”*⁹⁵.

El respeto a los derechos humanos de las mujeres y las niñas exige, en efecto, que el Estado chileno autorice el aborto en cualquier circunstancia, basándose únicamente en su voluntad, de conformidad con sus obligaciones internacionales.

87. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. *Recomendación general n°24*, op. cit. Artículo 12 de la Convención (La mujer y la salud), 1999, párr. 31 c.

88. CDESC. *Observación general n°22 (2016) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva*, E /C.12/GC/22, op. cit., párr. 28.

89. A/66/254, op. cit., párr. 27.

90. *Ibid.*, párr. 21.

91. *Ibid.*, párr. 20. Véase también párr. 15, 65 h y ss.

92. CRC/C/GC/15, op. cit., pág. 8.

93. Comité de los Derechos del Niño. *Observación general n° 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia*, 6 de diciembre de 2016, CRC/C/GC/20, párr. 60 [[http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/GC/20&Lang=en](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=_CRC/C/GC/20&Lang=en)]. Véase también CRC/C/GC/15, op. cit., págs. 5, 9.

94. Consejo de Derechos Humanos. *Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, Chile*, 2 de abril de 2014, A/HRC/26/5, ver, sobre todo párrs. 121 y 137 [<http://undocs.org/es/A/HRC/26/5>].

95. CEDAW/C/CHL/CO/7, op. cit., párr. 38 a.

3. Excepciones definidas de manera restrictiva

Además, estas tres causales que dan derecho a un aborto legal son extremadamente restrictivas, también en la medida en que no se tiene en cuenta el peligro para la salud física y mental de la mujer que puede suponer un embarazo, ya que solamente puede autorizarse el recurso a una IVE en caso de riesgo de muerte. Sin embargo, algunos embarazos y, en particular, los embarazos precoces, pueden poner gravemente en peligro la salud de las mujeres y, sobre todo, de las niñas, sin que supongan un riesgo de muerte. Por otra parte, los embarazos no deseados tienen consecuencias psicológicas a veces dramáticas para la salud mental de las mujeres y las niñas (véase *supra*). La Ley 21.030 no permite dar respuesta a estas situaciones.

Antes de la adopción de la Ley 21.030, ya se practicaban abortos en caso de peligro para la vida de la mujer. En esos casos, los/as médicos/as interrumpían el embarazo si era el único medio de salvar la vida de una mujer, pero esperaban a que se produjese un grave deterioro de su estado de salud antes de proceder al aborto⁹⁶. Nuestras organizaciones instan a las autoridades chilenas a que interpreten esta disposición de modo que se anticipen en la mayor medida posible los riesgos mortales y se eviten este tipo de situaciones extremas. Nuestras organizaciones exhortan asimismo a las autoridades chilenas a interpretar la noción de peligro para la vida de la mujer teniendo en cuenta las graves consecuencias para la salud, incluso a largo plazo, que puede acarrear la continuación forzada de un embarazo que en el futuro puede poner su vida en peligro, teniendo en cuenta, sobre todo, el riesgo de depresión y de comportamientos autodestructivos, entre ellos, tendencias suicidas⁹⁷.

En el marco de la Ley 21.030, las malformaciones, infecciones o enfermedades graves del feto de carácter no letal tampoco permiten levantar la prohibición de abortar.

96. Amnistía Internacional, *op. cit.*, págs. 12 y 13.

97. Véase *supra*.

B. Limitación del acceso al aborto en función de los plazos

1. Lo que dice la Ley 21.030

En caso de violación, la Ley 21.030 establece que las mujeres y las niñas de más de 14 años puedan recurrir al aborto dentro de un plazo no superior a 12 semanas. Este plazo se amplía a 14 semanas para las niñas menores de 14 años. No se establece ningún plazo para recurrir a una interrupción médica del embarazo, es decir, en caso de riesgo para la vida de la mujer y de patología letal del feto.

El primer proyecto de ley presentado por Michelle Bachelet preveía que se autorizase a las niñas menores de 14 años a abortar en un plazo de 18 semanas, aunque finalmente la Cámara de Diputados/ as lo redujo a 14 semanas.

2. Plazos demasiado cortos

Nuestras organizaciones manifiestan su gran preocupación por el establecimiento de plazos tan restrictivos para recurrir al aborto en caso de violación. En efecto, los embarazos causados por una violación son difíciles de detectar en un plazo tan corto. Después de sufrir una violación, algunas mujeres y niñas se encuentran en un estado de conmoción, negación o miedo tal que no pueden someterse a ningún examen médico. Resulta especialmente complejo identificar los embarazos causados por una violación en niñas pequeñas y a menudo se diagnostican de manera tardía, cuando se producen complicaciones de salud y son atendidas en centros de salud más allá del plazo de 14 semanas⁹⁸. La especialista chilena en ginecología de niñas y adolescentes, Andrea Huneeus, que compareció ante la Cámara de Diputados en 2015 en el marco del proyecto de Ley 21.030, considera que las niñas y las niñas pequeñas embarazadas a consecuencia de una violación son especialmente vulnerables y que "ninguna limitación de tiempo" debería restringir su recurso al aborto⁹⁹. Muchos países del mundo han decidido autorizar el aborto a las víctimas de violaciones durante un plazo más largo, así, el Reino Unido¹⁰⁰ y los Países Bajos¹⁰¹ autorizan, por ejemplo, el aborto voluntario hasta las 24 semanas¹⁰², momento en el que se considera que el feto es viable¹⁰³. En Grecia, el plazo normal de 12 semanas se amplía a 19 semanas en caso de violación.

98. Corporación Miles. *Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile Estado de la situación 2016*, op. cit., pág. 119.

99. Corporación Humanas. *Chile: Aborto y Maternidad Infantil*, op. cit.

100. [<https://www.nhs.uk/conditions/abortion/#when-an-abortion-can-be-carried-out>].

101. [<https://www.government.nl/topics/abortion/question-and-answer/what-is-the-time-limit-for-having-an-abortion>].

102. Desde 2003, la OMS publica directivas dirigidas a los sistemas de salud para la práctica de abortos seguros, con recomendaciones para la realización de abortos hasta 24 semanas y después. Véase Organización Mundial de la Salud. *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, segunda edición, 2013 [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1]

103. El argumento generalmente utilizado para autorizar el aborto hasta un plazo tan dilatado a menudo se basa en el hecho de que determinadas malformaciones únicamente pueden detectarse a partir de las 20 semanas.

C. Intervención de terceros

1. Lo que dice la Ley 21.030

1.1. Intervención del/de la juez/a en materia de acceso de las niñas al aborto

En las tres causales previstas por la Ley 21.030, se exige que las niñas menores de 14 años obtengan la autorización de un/a representante legal para abortar. En caso de negativa por parte de la persona que la represente legalmente, la niña puede solicitar la intervención de un/a juez/a para que autorice el aborto en un plazo de 48 horas, a partir de la información facilitada por el equipo médico, si la situación de la niña responde a una (o varias) de las tres circunstancias exigidas. La Ley no establece el grado de discrecionalidad del que dispone el/la juez/a.

En caso de riesgo grave de violencia física y psicológica, coacción, abandono, alejamiento u otras acciones u omisiones que puedan poner en peligro la integridad de la niña de menos de 14 años, deja de ser necesaria la autorización de su representante legal y, en ese caso, la niña deberá solicitar una autorización judicial alternativa.

Las niñas de entre 14 y 18 años de edad deberían informar al menos a uno/a de sus representantes legales de su voluntad de abortar. Sin embargo, si, *en opinión del equipo de salud*, el hecho de revelar esta información a un/a representante legal implica uno de los riesgos mencionados, es necesario informar a una persona adulta (de su familia o no) a elección de la niña.

1.2. La obligación de corroboración

Se debe establecer un diagnóstico médico para confirmar que la mujer se halla en una de las tres circunstancias descritas por la ley. En caso de peligro de muerte para la mujer, únicamente es necesario un diagnóstico médico. Si el feto presenta una patología letal, se requieren dos diagnósticos médicos concordantes. En caso de violación, un equipo de atención médica deberá "confirmar" que la víctima ha sido violada y establecerá la duración de la gestación. Dicho equipo deberá comunicar su decisión a la víctima o a su representante legal cuando se trate de víctimas menores de edad, así como a la dirección del centro hospitalario o de la clínica en la que se solicite realizar el aborto.

2. La intervención de terceros, un obstáculo para el derecho a la salud

Estas disposiciones establecen múltiples intervenciones de terceros (miembros del equipo médico, juez/a, padre/madre) que constituyen obstáculos encaminados a limitar el acceso de las mujeres y las niñas al aborto. Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los obstáculos al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva incluyen "requisitos de autorización de terceros, como los requisitos de autorización de los padres, [...] y los tribunales para acceder a los servicios y la información en materia de salud sexual y reproductiva, en particular para el aborto y la anticoncepción"¹⁰⁴. Según el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, las leyes que imponen la "obligación de obtener la aprobación de más de un profesional de la salud" y la obtención del "consentimiento paterno o conyugal" son restricciones que "dificultan el acceso al aborto legal"¹⁰⁵. Según el Comité de los Derechos del Niño, "[l]os Estados deben estudiar la posibilidad de permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicas sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad"¹⁰⁶. En sus observaciones finales dirigidas a las autoridades chilenas, en marzo de 2018, el Comité CEDAW recomendó que "[v]ele por que las mujeres, incluidas las niñas y las adolescentes menores de 18 años, tengan acceso al aborto en condiciones seguras y a servicios de atención posterior al aborto"¹⁰⁷.

104. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC). *Observación general n° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, 2 de mayo de 2016, E/C.12/GC/22, *op. cit.*, párr. 41.

105. A/HRC/66/254, *op. cit.*, párr. 24.

106. CRC/C/GC/15, *op. cit.*, pág. 5.

107. CEDAW/C/CHL/CO/7, *op. cit.*, párr. 39 a, c.

Se debería, por lo tanto, eliminar estos obstáculos en el acceso al aborto para garantizar el acceso de las mujeres y las niñas al derecho a la salud. Como mínimo, en el marco de la Ley 21.030, los casos que permiten eximir a una niña de obtener la autorización o de informar a su representante legal para acceder a un aborto deberían interpretarse de una manera más amplia, de forma que se incluya también el riesgo de la coacción que pudiera ejercerse sobre la niña para impedirle abortar. En cuanto a las disposiciones que prevén la intervención del/de la juez/a, se deben tomar las medidas necesarias para facilitar al máximo la concesión de autorizaciones judiciales alternativas.

3. El peligro de la corroboración médica

En caso de violación, se realiza una ecografía para determinar si la edad gestacional del feto coincide con la fecha de la violación que la mujer relata al equipo de salud. La exigencia de una corroboración médica, que se suma a los hechos denunciados por la víctima, es problemática en lo que supone que el testimonio de la víctima no es suficiente. No permite en absoluto establecer la comisión o la ausencia de comisión de una violación. Además, ningún examen médico permite en absoluto establecer la comisión o la ausencia de comisión de una violación. Los/as médicos/as deberían, por lo tanto, limitarse a proporcionar servicios de aborto a las mujeres y a las niñas que indiquen haber sido víctimas de violación, basándose únicamente en su testimonio y sin intentar establecer su veracidad.

Por otra parte, el recurso a varios médicos/as o a un “equipo de salud”, en los casos de patología letal del feto y de violación, dificultan e incluso impiden, el acceso al aborto, en particular a las mujeres pobres o que residen en zonas donde el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva es muy limitado.

4. Un obstáculo al principio de confidencialidad

El principio de confidencialidad, que constituye uno de los pilares fundamentales de la relación entre el/la profesional de la salud y la paciente, se ve obstaculizado por la intervención del/de la juez/a, que dispone de varias prerrogativas en el marco del aborto de niñas cuando ha existido violación. El respeto de este principio se ve igualmente vulnerado por el mantenimiento en el Código Penal y en el Código de Procedimiento Penal de la obligación impuesta al personal médico de denunciar los abortos clandestinos¹⁰⁸.

Por otra parte, la Ley 21.030 exige a la dirección de los centros sanitarios que comuniquen de forma sistemática a la policía y a la justicia las violaciones de las que tienen conocimiento a través de las mujeres y las niñas que solicitan un aborto¹⁰⁹. El carácter sistemático de la denuncia no tiene en cuenta la voluntad de la víctima de denunciar la violación, ni las consecuencias que esa denuncia puede tener para su seguridad, y constituye un obstáculo adicional para el principio de confidencialidad en la relación entre médico/a y paciente. Además, esta disposición podría tener un efecto disuasivo sobre las víctimas de violación que desean abortar, pero no necesariamente denunciar a la policía o a la justicia las violencias de las que han sido objeto. Se debería facilitar la denuncia de las violaciones por parte del personal sanitario cuando la víctima lo desee, pero no debería ser obligatoria.

108. Véase *supra*.

109. En caso de menores, también se debe alertar al Servicio Nacional de Menores.

D. Acceso a la información

1. Lo que dice la Ley 21.030

La Ley 21.030 prohíbe llevar a cabo campañas de publicidad sobre servicios de aborto (artículo 119 *quater*)

2. Información y educación

Esta disposición limita la aplicación de la Ley 21.030. La prohibición de llevar a cabo campañas publicitarias sobre los servicios de aborto es contraria al derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas. En efecto, según el Relator Especial sobre el derecho a la salud, “[l]a disponibilidad de educación e información exhaustivas en materia de salud sexual y reproductiva es un factor esencial para el ejercicio del derecho a la salud y de otros derechos, como el derecho a la educación y al acceso a la información. Así pues, las leyes penales y de otra índole que restringen el acceso a la educación y la información en materia de salud sexual y reproductiva son incompatibles con el ejercicio pleno del derecho a la salud, y los Estados deben eliminarlas”¹¹⁰. Según el CDESCR, “la imposición de restricciones en relación con el derecho de las personas a tener acceso a información sobre la salud sexual y reproductiva vulnera (...) el deber [de los Estados] de respetar los derechos humanos”¹¹¹.

Así pues, las autoridades chilenas deben informar a las mujeres y a las niñas, en especial a las y los adolescentes que se encuentran en una posición de mayor vulnerabilidad, sobre sus derechos sexuales y reproductivos¹¹² y, concretamente, sobre las disposiciones de la Ley 21.030 y sus modalidades de aplicación. Esta información debería incorporarse a las campañas públicas y al marco de la educación de la juventud para la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos¹¹³. Además, deberían brindar información actualizada al conjunto de la población y, en especial, a las mujeres y las niñas, sobre los establecimientos en los que es posible solicitar abortos legales y seguros para así facilitar el acceso a este tipo de servicio.

110. Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 3 de agosto de 2011, A/66/254, *op. cit.*, párr. 56 y ss.

111. E/C.12/GC/22, *op. cit.*, párr. 41.

112. Comité de Derechos Humanos. *Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Chile*, 14 de agosto de 2014, CCPR/C/CHL/CO/6, párr. 15, el Estado parte “debe multiplicar y asegurar la aplicación de programas de educación y sensibilización sobre la salud sexual y reproductiva, en particular entre la población adolescente” [<https://undocs.org/fr/CCPR/C/CHL/CO/6>]. Véase también CDESC, *Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Chile*, 7 de julio de 2015, E/C.12/CHL/CO/4, párr. 29 c [<https://undocs.org/es/E/C.12/CHL/CO/4>]; Comité de Derechos del Niño, *Observaciones finales: Chile*, 23 de abril de 2007; CRC/C/CHL/CO/3, párr. 56 [<http://undocs.org/es/CRC/C/CHL/CO/3>].

113. CRC/C/GC/15, *op. cit.*, pág. 5, párr. 63.

E. Objeción de conciencia

1. Lo que dice la Ley 21.030

El artículo 119 *ter* de la Ley 21.030 prevé que todo/a cirujano/a o miembro del servicio de cirugía pueda manifestar su objeción de conciencia para practicar un aborto¹¹⁴. En ese caso, el centro sanitario se ve en la obligación de prestar servicios de aborto, ya sea poniendo inmediatamente a disposición de la mujer otro/a profesional o remitiéndola inmediatamente a otro establecimiento que pueda prestarle este tipo de servicio.

Puede acogerse a la objeción de conciencia un/a médico, así como también una “institución”. El proyecto de ley aprobado por el Congreso Nacional de Chile limitaba más el recurso a la objeción de conciencia, ya que establecía que únicamente podían acogerse a ella los/as médicos/as cirujanos/as y que “en ningún caso” podía ser invocada por una institución. El Tribunal Constitucional, en su decisión del 21 de agosto de 2017, amplió la posibilidad de recurrir a la cláusula de conciencia a todos los miembros de servicio de cirugía en el que se solicita el aborto¹¹⁵ así como también a un centro de atención médica, según una propuesta presentada por senadores/as y diputados/as de Chile Vamos, una coalición de partidos políticos conservadores.

Con arreglo a la Ley 21.030, las personas o instituciones pueden negarse a practicar un aborto en las causales previstas por la ley a condición de que hayan expresado su objeción de conciencia por escrito y con anterioridad. Sin embargo, cuando la vida de la mujer esté en peligro y su estado requiera una atención “inmediata e impostergable”, la objeción de conciencia no se aplica. La Ley establece específicamente que el Ministerio de Salud tiene la obligación de elaborar protocolos para la ejecución de la objeción de conciencia¹¹⁶.

2. El(los) protocolos(s) sobre la manifestación de la objeción de conciencia: ¿nuevos obstáculos en el acceso al aborto?

2.1. La batalla en torno a la regulación de la objeción de conciencia

i) Los protocolos sobre el ejercicio de la objeción de conciencia

La Ley 21.030 prevé que las autoridades chilenas promulguen protocolos para regular la objeción de conciencia. Desde comienzos de 2018, las diversas tentativas de (des)regularización de la objeción de conciencia han suscitado una viva reacción en el seno de la sociedad chilena.

La primera de estas tentativas fue la emisión, el 22 de febrero de 2018, por el antiguo equipo de Gobierno, de un protocolo (aprobado por la resolución n°61 del MINSAL)¹¹⁷ que regulaba la manifestación de la objeción de conciencia personal, así como la invocada por una institución. Este texto incorpora un cierto número de medidas problemáticas, pero tenía el mérito de hacer de la objeción de conciencia una situación de excepción cuya manifestación debía estar enmarcada en un procedimiento relativamente restrictivo.

114. Se deberá notificar la objeción de conciencia del/de la profesional a la dirección del centro hospitalario por escrito y con antelación.

115. La decisión del Tribunal Constitucional está disponible en el siguiente enlace: [http://www.cooperativa.cl/noticias/site/artic/20170828/asocfile/20170828173940/sentencia_rol_37293751_17_cpt_consolidada.pdf].

116. Véase *infra*.

117. Ministerio de Salud. *Protocolo para la manifestación objeción de conciencia personal y para la objeción de conciencia invocada por instituciones en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario, resolución n°61*, 22 de febrero de 2018 [http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/Protocolo_Objecion_Conciencia.pdf].

Tras la investidura del Gobierno de Piñera, el MINSAL publicó un nuevo protocolo (resolución n°432)¹¹⁸, que entró en vigor el 22 de marzo y sustituyó al protocolo anterior. Este texto intentó desregular de forma extremadamente preocupante la objeción de conciencia y no permitía “asegurar la atención médica de las pacientes que requieran la interrupción de su embarazo” objetivo, sin embargo, especificado en el artículo 119 *ter* del Código Sanitario.

La promulgación del segundo protocolo provocó una fuerte reacción en el seno de la clase política chilena, así como un intenso debate sobre la objeción de conciencia. También fue rechazado por una parte de la sociedad civil y por las organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres. Tras la publicación de la resolución n°432, diputados/as y senadores/as de izquierda, principalmente del Partido Socialista (PS), del Partido por la Democracia (PPD) y del Partido Comunista (PC), así como la Corporación Humanas, presentaron un total de cinco solicitudes de incoación ante la Contraloría General de la República, órgano encargado de comprobar la legalidad de este tipo de texto. Impugnaban la legalidad del protocolo vigente en ese momento y solicitaron que se anulase y sustituyese con urgencia. La diputada comunista Karol Cariola Oliva indicó, por ejemplo, a la Contraloría que la resolución n°432 constituía un “intento de generar para determinadas instituciones y personas afectadas [por la objeción de conciencia], mediante una norma de carácter inferior, como lo es una Resolución Exenta, un espacio para que puedan no hacer lo que la ley ordena¹¹⁹”.

El 9 de mayo, la Contraloría declaró que este nuevo protocolo era “contrario a derecho”. En su decisión, cuestionó la legalidad de determinados elementos del texto, a saber: la autorización de invocar objeción de conciencia a las instituciones privadas que disfruten de acuerdos con el Ministerio de Salud y reciban fondos públicos, así como varias medidas que iban en contra del carácter de excepcionalidad de la cláusula de conciencia.

Rápidamente, las autoridades chilenas reaccionaron¹²⁰ y declararon que “no compartían la decisión” de la Contraloría, que seguían resueltas a defender la objeción de conciencia, en particular la institucional, y que prepararían un nuevo protocolo de aplicación. El 29 de junio pasado, el Gobierno presentó un nuevo texto a la Contraloría. Suprime la autorización para los establecimientos privados que tengan acuerdos y fondos públicos para prestar servicios obstétricos y ginecológicos de declararse objetores de conciencia, pero sigue siendo muy problemática (véase *infra*). En el momento de la redacción del presente informe, este protocolo está en proceso de análisis por parte de la Contraloría. En espera de la decisión sobre la legalidad del mismo, se continúa aplicando, en principio, la resolución n° 61 emitida por el Gobierno de Michelle Bachelet.

Así, el país continúa inmerso en una forma de inseguridad jurídica, en espera de la adopción de un protocolo que debería, probablemente, ser coherente con el derecho positivo actual, pero cuya fecha de entrada en vigor y cuyo contenido definitivo se desconocen por el momento. En cualquier caso, los dos protocolos publicados por el Gobierno Piñera revelan claramente la voluntad de las nuevas autoridades de limitar en la mayor medida posible el ámbito de aplicación de la Ley 21.030 y de ampliar la objeción de conciencia. Según nuestras organizaciones, las autoridades chilenas deberían abandonar las medidas de la resolución n° 432 —mencionadas anteriormente— y emitir un texto que permita asegurar el derecho al aborto interpretando de una forma amplia las circunstancias previstas por la ley. Para garantizar la legalidad del próximo protocolo deberían ajustarse al espíritu de la Ley 21.030 y del primer protocolo y abandonar las medidas que contribuyen a la desregulación de la objeción de conciencia.

118. Ministerio de Salud. *Protocolo para la manifestación de objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario, resolución n°432*, 22 de marzo de 2018 [<http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/ResolEx.-432-del-220318.pdf>].

119. Solicitud de Karol Cariola Oliva a la Contraloría General de la República sobre la resolución n°432 del Ministerio de Salud.

120. *La Tercera*. Gobierno anuncia que preparará un reglamento que regule la objeción de conciencia tras dictamen de la Contraloría, 9 de mayo de 2018 [<http://www.latercera.com/politica/noticia/gobierno-anuncia-preparara-reglamento-regule-la-objecion-conciencia-tras-dictamen-la-contraloria/158914/>].

Emol. UDI ante dictamen de Contraloría: “Vamos a defender con mucha fuerza la objeción de conciencia”, 9 de mayo de 2018 [<http://www.emol.com/noticias/Nacional/2018/05/09/905634/UDI-Vamos-a-defender-con-mucha-fuerza-la-objecion-de-conciencia.html>].

ii) El/los recurso(s) contra la decisión del Tribunal Constitucional

El 12 de abril, algunos miembros del Partido Comunista presentaron ante el Tribunal Civil de Santiago una demanda inédita de nulidad contra la decisión del Tribunal Constitucional¹²¹. Esta demanda pretende dejar sin efecto la decisión de agosto de 2017 del Tribunal Constitucional de incorporar a la Ley 21.030 la posibilidad de que instituciones privadas de salud recurran a la cláusula de conciencia. El Partido Comunista considera que el Tribunal Constitucional ha sobrepasado sus atribuciones arrogándose el derecho de reescribir la ley, función que pertenece exclusivamente al poder legislativo. La demanda está en vías de ser examinada en el momento de redactar el presente informe. Esta iniciativa muestra la fuerte oposición de una parte de la clase política chilena a la objeción de conciencia, sobre todo a la institucional.

iii) El proyecto de ley interpretativa

El 3 de abril, diputados/as de izquierda –del Partido Socialista (PS), del Partido Radical Socialdemócrata (PPRD), de Revolución Democrática (RD) y del Partido por la Democracia (PPD)– presentaron un proyecto de ley dirigido a interpretar el artículo 119 *ter* del Código Sanitario sobre la objeción de conciencia¹²². Este proyecto de ley interpretativa dispone que *“los establecimientos de salud que invoquen la objeción de conciencia, no podrán celebrar los convenios a los que se refiere el decreto con fuerza de ley N° 36 de 1980, del Ministerio de Salud en materia de ginecología y obstetricia”*. Añade que *“[l]a objeción de conciencia institucional siempre deberá ser manifestada previamente por escrito, indicando los fundamentos por los que solicita abstenerse de realizar el procedimiento de interrupción del embarazo”*. Este proyecto intenta volver a introducir restricciones en materia de invocación de la cláusula de conciencia institucional y da fe de la voluntad de una parte de la clase política chilena de regular mejor la manifestación de la objeción de conciencia para garantizar la aplicación de la Ley 21.030. El 15 de mayo, diputadas de izquierda presentaron ante la Cámara de Diputados otro proyecto de ley que planteó directamente derogar la objeción de conciencia institucional¹²³.

iv) La jurisprudencia regional y de la ONU sobre la objeción de conciencia

La objeción de conciencia tiene su fundamento en el derecho a la libertad de conciencia reconocida por diversos instrumentos internacionales. Sin embargo, varias instancias regionales e internacionales se han manifestado sobre el hecho de que la posibilidad de declararse objetor de conciencia no debe constituir un obstáculo al acceso a los derechos sexuales y reproductivos.

121. *Diario Constitucional*, Admiten a trámite demanda de nulidad de derecho público contra Tribunal Constitucional, 30 de abril de 2018 [<http://www.diarioconstitucional.cl/noticias/tribunal-constitucional/2018/04/30/admiten-a-tramite-demanda-de-nulidad-de-derecho-publico-contra-tribunal-constitucional/>].

122. Proyecto de Ley, Interpreta el Código Sanitario en materia de objeción de conciencia planteada por establecimientos de salud, ante el requerimiento de interrupción voluntaria del embarazo, 3 de abril de 2018 [https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=12173&prmBL=11653-11].

123. Proyecto de Ley, Modifica el Código Sanitario para establecer que la objeción de conciencia, respecto de la interrupción voluntaria del embarazo, solo puede ser invocada por personas naturales, 15 de mayo de 2018 [https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=12261&prmBL=11741-11].

A pesar de que no existe una decisión obligatoria en materia de objeción de conciencia en el seno del sistema interamericano de protección de derechos humanos, el caso *Murillo vs. Costa Rica*¹²⁴ juzgado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y el informe “Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos” de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos¹²⁵, permiten esbozar el posicionamiento de ambos organismos al respecto, que parece orientarse hacia el reconocimiento del carácter no absoluto del derecho a la objeción de conciencia, en cuanto no puede constituirse en una barrera de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva¹²⁶. Según la Comisión, el Estado debe establecer procedimientos que permitan transferir inmediatamente a las pacientes a otro/a profesional de la salud que pueda proveer los servicios solicitados¹²⁷. Siempre según el informe de la Comisión, que refleja una decisión de la Corte Constitucional de Colombia¹²⁸, únicamente se puede reconocer el derecho de objeción de conciencia, como decisión individual y no colectiva o institucional, a una persona física y no a una entidad jurídica o al Estado. Debe fundamentarse en una convicción bien arraigada y debe presentarse por escrito. Tal como destaca el Centro de Derechos Reproductivos (*Center for Reproductive Rights*), “el estatus de la objeción de conciencia en el campo de la salud reproductiva en el Sistema Interamericano es incierto debido a la ausencia de decisiones vinculantes hasta el momento. Sin embargo, (...) se hallan señales que sugieren que la CIDH ha mostrado progresos en la comprensión de la complejidad del tema y el impacto que puede tener en la salud y derechos reproductivos de las mujeres”¹²⁹.

Los órganos de protección de los tratados de las Naciones Unidas se han pronunciado en varias ocasiones a favor de una regulación estricta de la objeción de conciencia, con objeto de que no limite el acceso a los servicios de salud reproductiva. En 2010, con ocasión del examen de Polonia, el Comité de Derechos Humanos, por ejemplo, denunció el uso inadecuado de la cláusula de conciencia y solicitó a las autoridades la prohibición de la invocación de la objeción y del ejercicio abusivo de esta cláusula por parte de cuerpo médico¹³⁰. El Comité CEDAW exhortó a este mismo Estado “que garantice el acceso al aborto legal a las mujeres que lo deseen sin que tal acceso se vea limitado por el recurso a la cláusula de objeción de conciencia”¹³¹. Y el Comité de los Derechos del Niño recomienda a los Estados “velar por que no se prive a los adolescentes de ninguna información o servicios en materia de salud sexual y reproductiva como consecuencia de objeciones de conciencia de los proveedores”¹³².

124. Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Artavia Murillo y otros Vs. Costa Rica*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia, CIDH (ser. C) No. 257, párr. 148, 28 de noviembre de 2012 [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf].

125. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, OEA/Ser.L/V/II., doc. 61 (22 de noviembre de 2011) [<https://www.cidh.oas.org/pdf%20files/mujeresaccesoinformacionmateriareproductiva.pdf>].

126. Centro de Derechos Reproductivos. *Objeción de Conciencia y Derechos Reproductivos, Estándares Internacionales de Derechos Humanos*, julio de 2013 [https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/_Conscientious_FS_Intro_English_FINAL.pdf].

127. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, *op. cit.*, párrs. 95, 99.

128. Centro de Derechos Reproductivos, Corte Constitucional, 28 de febrero de 2008, sentencia T209/08, Gaceta de la Corte Constitucional [G.C.C.].

129. Objeción de Conciencia y Derechos Reproductivos, Estándares Internacionales de Derechos Humanos, *op. cit.*

130. Comité de Derechos Humanos. *Observaciones finales, Polonia*, 15 de noviembre de 2010, CCPR/C/POL/CO/6, párr. 12 [<http://undocs.org/es/CCPR/C/POL/CO/6>]. Véase también A/66/254, *op. cit.*, párr. 24, 65 m); E/C.12/GC/22, *op. cit.*, párr. 43.

131. Comité CEDAW. *Observaciones finales, Polonia*, 2 de febrero de 2007, CEDAW/C/POL/CO/6, párr. 25 [<http://undocs.org/es/CEDAW/C/POL/CO/6>].

132. CRC/C/GC/15, *op. cit.*, párr. 69.

En cuanto a las modalidades de regulación de la objeción de conciencia, en su recomendación general n° 24, el Comité CEDAW indicó lo siguiente: “si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios”¹³³. A este respecto el CDESC precisó que “[s]e debe disponer en todo momento de un número suficiente de proveedores de servicios de atención de la salud dispuestos a prestar esos servicios y capaces de hacerlo en establecimientos públicos y privados a una distancia geográfica razonable”¹³⁴. Ante la utilización excesiva de la objeción de conciencia en Polonia, el CDESC recomendó igualmente al Estado que pusiera en marcha “un mecanismo de remisión oportuna y sistemática en los casos de objeción de conciencia”¹³⁵. Un sistema de este tipo permitiría disponer de información sobre la magnitud del fenómeno y facilitar la remisión de pacientes a profesionales que les puedan proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva. Por último, el Comité CEDAW se ha pronunciado contra la objeción de conciencia institucional. Según este último, la cláusula de conciencia debe ser una “decisión profesional” y no convertirse en una “práctica institucionalizada”¹³⁶. En sus observaciones finales dirigidas a Croacia, el Comité manifestó su preocupación por la negativa de determinados hospitales a realizar IVE debido a la objeción de los/as médicos/as, el Comité “considera que ello constituye una violación de los derechos de procreación de la mujer” y pidió al Estado que garantizase “el acceso a los servicios de aborto de los hospitales públicos”¹³⁷.

Con motivo del último examen de Chile, el 14 de marzo de 2018, el Comité CEDAW manifestó su preocupación por “[l]a objeción de conciencia por parte de personas o instituciones, que podría dificultar, de forma no intencionada, el acceso de las mujeres al aborto sin riesgo, especialmente en las zonas rurales y remotas”. Recomendó expresamente a las autoridades que “[a]plique[n] requisitos estrictos de justificación para impedir el uso general de la objeción de conciencia por los médicos que se niegan a practicar abortos, en particular en los casos de embarazos de adolescentes” y que “vele[n] por que esas medidas se apliquen también al personal médico de las clínicas privadas”¹³⁸. El segundo protocolo de aplicación sobre la objeción de conciencia publicado por las autoridades chilenas el 22 de marzo de 2018 hizo caso omiso de estas recomendaciones.

2.2. El contenido de los protocolos en cuestión

i) Objeción de conciencia: ¿la nueva norma?

El primer protocolo adoptado bajo la presidencia de Michelle Bachelet establece que “la objeción de conciencia tiene carácter excepcional” y que debe responder a una “situación excepcional”. Los dos protocolos promulgados posteriormente, bajo la presidencia de Sebastián Piñera intentaron revertir este principio. Los dos textos suprimen estas menciones, lo que indica que no se considera la objeción de conciencia como una excepción a la regla general, sino como la norma en la materia. Eliminan la prohibición prevista por el primer protocolo de invocar a la cláusula de conciencia “de manera sobreviniente o intempestiva, de modo de ofrecer a la dirección del establecimiento un tiempo adecuado para administrar el recurso humano”. Mediante estos protocolos, el Ministerio de Salud interpretó la Ley 21.030 de forma abusiva e intentó instaurar la objeción de conciencia como la regla general y no como una situación de excepción.

El segundo protocolo añadía, además, que si la persona objetora de conciencia no había establecido la o las causales para la(s) que desea abstenerse de practicar abortos, se consideraría que la objeción de conciencia se aplicaba a las tres causales. Las autoridades intentaron introducir de este modo una presunción de objeción de conciencia total “que carece de fundamento legal” según la decisión

133. Comité CEDAW. *Recomendación general n° 24*, op. cit., párr. 11. Véase también A/66/254, op. cit., párr. 65 m); E/C.12/GC/22, op. cit., párr. 43.

134. E/C.12/GC/22, op. cit., párr. 14.

135. CDESC. *Observaciones finales, Polonia*, 2 de diciembre de 2009, CEDAW/C/POL/CO/5, párr. 28 [<http://undocs.org/ES/E/C.12/POL/CO/5>].

136. Comité CEDAW. *Observaciones finales, Chile*, 26 de marzo de 2013, CEDAW/C/CHL/CO/7-8, párr. 31 d [http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/HUN/CO/7-8&Lang=Fr].

137. Informe del Comité CEDAW a la Asamblea General, períodos de sesiones 18° y 19°, 1998, A/53/38/Rev.1 párr. 109, 117 [<http://undocs.org/es/A/53/38/Rev.1>]. Véase también el Informe del Comité CEDAW a la Asamblea General, períodos de sesiones 16° y 17°, 1997, A/52/38/Rev.1 párr. 353, 360 [[https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=A/52/38/REV.1\(SUPP\)&Lang=Fr](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=A/52/38/REV.1(SUPP)&Lang=Fr)].

138. Comité CEDAW. *Observaciones finales*, 9 de marzo de 2018, CEDAW/C/CHL/CO/7, op. cit., párr. 38 b, 39 b [http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fCHL%2fCO%2f7&Lang=en].

emitida por la Contraloría en mayo de 2018. Por lo tanto, la disposición se retiró de este tercer protocolo presentado por las autoridades a este organismo en junio.

De conformidad con los estándares internacionales y regionales en la materia, todo ejercicio de la libertad de conciencia que obstaculice la aplicación de la Ley 21.030 y el acceso a los derechos sexuales y reproductivos que garantiza debería ser excepcional y se debería regular estrictamente.

ii) El alcance de la objeción de conciencia

Aunque el Tribunal Constitucional ha autorizado a “una institución”¹³⁹ a invocar la cláusula de conciencia, el primer protocolo promulgado por las autoridades de Michelle Bachelet ha limitado el ejercicio de la objeción de conciencia institucional al prohibir declararse objetores de conciencia a los establecimientos públicos, así como a los establecimientos privados que recibiesen fondos públicos gracias a acuerdos alcanzados con el MINSAL. El segundo protocolo preveía ampliar la autorización de manifestación de la objeción de conciencia a todas las instituciones privadas. Aunque se continuaba prohibiendo a los establecimientos públicos de salud ser objetores de conciencia, se debía autorizar la negación a practicar abortos a los establecimientos privados que recibían fondos públicos, encargados de brindar servicios obstétricos y ginecológicos¹⁴⁰. La Contraloría declaró que esta medida era ilegal y las autoridades se vieron obligadas a eliminar esta autorización del tercer protocolo y a volver a incorporar la restricción prevista en el primer protocolo.

Así, estos establecimientos privados que disfrutaban de acuerdos con el Ministerio de Salud, regulados por el decreto con fuerza de ley n°36 de 1980, están obligados a sustituir al Estado para garantizar determinadas funciones de salud pública en los lugares donde los servicios públicos no pueden hacerlo¹⁴¹. Por extensión se les considera, con arreglo al decreto n°36, una parte integral del sistema de salud pública y deben prestar servicios en las mismas condiciones y según las mismas normas que los establecimientos públicos.

Sin embargo, algunos/as diputados/as de la Unión Democrática Independiente (UDI) manifestaron su voluntad de recurrir al Tribunal Constitucional (TC) para que invalide la decisión de la Contraloría, que la UDI consideraba contraria al derecho de objeción de conciencia institucional¹⁴². En el momento de la redacción de este informe, la UDI, con el apoyo del Partido de Renovación Nacional¹⁴³, continúa esperando la decisión de la Contraloría sobre el tercer protocolo y la promulgación definitiva de un texto para recurrir al TC y solicitar que todos los establecimientos privados puedan invocar la cláusula de conciencia institucional. Ninguna institución cuya misión sea prestar servicios de salud pública debería poder invocar la cláusula de conciencia y sustraerse así a la obligación de brindar servicios de aborto a toda mujer que lo requiera en el marco de la ley.

Resulta igualmente muy preocupante que en el tercer protocolo se haya suprimido la obligación de los establecimientos privados objetores de conciencia a ofrecer cuidados posaborto, que sí figuraba en el segundo protocolo. Esta obligación se mantiene para las personas objetoras de conciencia.

iii) ¿Facilitación de la objeción de conciencia?

Con el segundo y tercer protocolos, el actual Gobierno también ha intentado facilitar la manifestación de la objeción de conciencia individual e institucional.

139. Artículo 119 *ter* (revisado por la Ley 21.030) del Código de Salud.

140. No ocurría así en el primer protocolo, que prohibía a los establecimientos privados que formaban parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud y se beneficiaban de acuerdos a los que se refiere el decreto con fuerza de ley n°36 de 1980 del Ministerio de Salud (IV, párr. 2) ser objetores de conciencia en las tres causales previstas por la Ley 21.030.

141. A tal efecto, consultar las normas establecidas por el Ministerio de Salud, Normas que se aplicarán en los convenios que celebren los servicios de salud, DFL 60, diciembre de 1980 [<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=4198>].

142. *La Tercera*. Gobierno y gestiones de la UDI para recurrir al TC por objeción de conciencia: “Para nosotros no es ningún drama”, 3 de julio de 2018 [<http://www.latercera.com/politica/noticia/gobierno-gestiones-la-udi-recurrir-al-tc-objecion-conciencia-no-ningun-drama/229098/>].

143. *La Tercera*. Aborto: RN opta por consultar a Contraloría y aplaza decisión de ir al TC, 3 de julio de 2018 [<http://www.latercera.com/politica/noticia/aborto-rn-opta-consultar-contraloria-aplaza-decision-ir-al-tc/229879/>].

Objeción de conciencia individual

En el caso de la manifestación de la objeción de conciencia por parte de una persona, los dos protocolos promulgados por el actual Gobierno establecían, precisamente que, para ser “efectiva, la objeción de conciencia, (...) debe manifestarse por escrito ante el director del establecimiento de salud, en forma previa a la recepción de una solicitud de interrupción voluntaria del embarazo”, de conformidad con la Ley 21.030. Sin embargo, intentan facilitar el procedimiento de la manifestación de la objeción de conciencia al suprimir determinadas condiciones e informaciones requeridas por el primer protocolo, que establecía un procedimiento más estricto y detallado para validar la invocación de la cláusula de conciencia. Se suprimen la obligación que establecía el primer protocolo de indicar el nombre del director y de que el formulario de objeción de conciencia estuviese sellado por el establecimiento.

El tercer protocolo llega incluso a suprimir elementos del segundo protocolo que contribuían a una mejor regulación de la manifestación de la cláusula de conciencia y a garantizar la aplicación de la ley por parte del personal objetor. Así, se elimina, por ejemplo, la obligación del personal objetor de conciencia de presentar una declaración que certifique que conoce la Ley 21.030. Lo mismo sucede con la mención que especifica que no se considerará objetora de conciencia toda persona que comunique su decisión de objetar sin haberlo manifestado por escrito de forma previa a cualquier intervención relativa a un caso de aborto que se le hubiera solicitado.

Por el contrario, el segundo protocolo introducía un párrafo en el que se establecía que la omisión de una formalidad en el procedimiento no afectaba a la declaración de manifestación de objeción de conciencia, medida que se ha suprimido en el tercer protocolo. La legalidad de este último punto, que establecía que la intención de ser objetor de conciencia fuese suficiente para que la declaración fuera admisible, había sido, de hecho, rechazada por la Contraloría.

Objeción de conciencia institucional

El procedimiento de manifestación de la objeción de conciencia para las instituciones también se facilita en los dos protocolos promulgados por el actual Ministerio de Salud. En virtud del primer protocolo de las autoridades de Bachelet, las instituciones debían enviar una declaración detallada de objeción de conciencia al Ministerio de Salud y debían aportar información que permitiese acreditar la decisión de los órganos competentes del establecimiento de salud y autenticar la habilitación de quienes se hubieran acogido a esta decisión. En el segundo protocolo se suprimían estas dos medidas. Nuestras organizaciones acogen con satisfacción la reintroducción por parte del tercer protocolo de la obligación de aportar una copia del acuerdo de los órganos competentes del establecimiento de salud mediante el que convienen en declarar al establecimiento objeto de conciencia.

Por el contrario, el tercer protocolo establece que la manifestación sea efectiva en el momento de presentación del formulario y demás documentos justificativos al Ministerio de Salud. Por lo tanto, se suprime el plazo, de 10 días en el primer protocolo y de 5 en el segundo, a partir del cual el establecimiento pasa a ser considerado automáticamente como objetor de conciencia, lo que tiende a acelerar el procedimiento de manifestación de la objeción de conciencia. En el tercer protocolo, se suprime asimismo la obligación de presentar una copia del protocolo de remisión de pacientes a profesionales en grado de ofrecerles servicios de aborto (véase *infra*).

Por último, aunque el primer protocolo establece que las instituciones deben indicar las “creencias, valores o ideología” que motivan su objeción de conciencia, el segundo y tercer protocolos suprimen esta obligación. Si la Contraloría aprueba la tercera medida en el estado actual, las mujeres que soliciten un aborto en el marco de la Ley 21.030 podrían ver que se les niega su derecho sin que se les informase de las razones que motivan la negativa de un establecimiento privado a atenderlas.

iv) Un proceso de derivación muy vago o inexistente

Ninguno de los tres protocolos dirigidos a regular la objeción de conciencia ha definido claramente el proceso que debería hacer que se transfiera a las mujeres a profesionales que no hayan apelado a la cláusula de conciencia, cuando sea necesario. Todos ellos estipulan que corresponde a la institución establecer el procedimiento de derivación, si bien el tercer protocolo indica que esta debe ser “oportuna y expedita”. La falta de un procedimiento claro y preciso de derivación y la libertad que se da a los centros de salud a la hora de definir ellos mismos el procedimiento a establecer puede ocasionar disparidades en cuanto al trato y a los plazos adicionales para atender a las pacientes que solicitarían servicios de aborto en un establecimiento en el que ningún/a profesional estaría disponible o dispuesto/a para realizar una IVE. Estos plazos pueden hacer que el aborto sea menos eficaz e incluso imposible.

Además, el tercer protocolo debilita aún más el marco dirigido a garantizar que las mujeres, cuando sea necesario, disponen de un proceso de derivación que no perjudique a su derecho al aborto. El derecho de las mujeres de ser reasignada o derivada “en forma simple”, establecido en el segundo protocolo se suprime en el tercer protocolo, así como la obligación para la persona objetora de conciencia de “conocer el proceso de reasignación o derivación fijado por el establecimiento al que pertenece”. También se elimina la mención que indica que el personal objetor de conciencia debe “asistir a la mujer en el proceso de reasignación o derivación” (segundo protocolo). También es muy preocupante que el tercer protocolo haya suprimido la obligación para las instituciones de salud de asumir cualquier costo que pudiese derivarse del reenvío de una paciente a otro/a profesional no objetor/a —obligación recogida en el segundo protocolo—, sin más precisión sobre las modalidades de financiación de un procedimiento de ese tipo. Las autoridades deben garantizar que todo costo generado por un procedimiento de remisión debe ser sea asumido por el establecimiento de salud y, en ningún caso, por las pacientes.

Además, muchos centros de salud no habrían establecido ningún procedimiento de derivación. Según las informaciones publicadas por el diario *El Mercurio* en junio de 2018¹⁴⁴, el organismo encargado de regular y someter a control fiscal a los prestadores de salud y seguros sanitarios públicos y privados (la Superintendencia de Salud) realizó una evaluación a 144 prestadores de salud públicos (62) y privados (52) para conocer el grado de aplicación del procedimiento de derivación de pacientes. Según los primeros resultados, 44 % de los centros de salud no han adoptado ningún procedimiento de derivación —49 % de los establecimientos privados y 41 % de los hospitales públicos entrevistados—.

Las autoridades deben establecer un procedimiento de reasignación y derivación preciso y uniforme para el conjunto del territorio que permita garantizar el acceso efectivo al aborto legal y seguro de todas las mujeres que se encuentren en las situaciones previstas por la ley y supervisar de cerca su aplicación por parte de todos los centros de salud, tanto públicos como privados.

v) Objeción de conciencia institucional y riesgo de muerte para la mujer

El segundo protocolo, así como el primero, no establece clara y explícitamente si las instituciones privadas están autorizadas o no a negarse a que se practiquen abortos en sus instalaciones en caso de peligro mortal para la vida de la mujer. Esta prohibición es, sin embargo, explícita en el caso de la objeción de conciencia individual, ya que, con arreglo a la Ley 21.030, un/a profesional no puede negarse a prestar servicios de aborto cuando exista un riesgo mortal para la mujer. El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental también reconoció la responsabilidad del personal objetor de conciencia de atender a las personas cuya vida y cuya salud corren peligro inminente¹⁴⁵. En el tercer protocolo, el Ministerio de Salud introdujo la obligación para los establecimientos objetores de conciencia de practicar IVE en caso que la mujer “requiere atención inmediata e impostergable”, obligación que nuestras organizaciones acogen con satisfacción.

144. *El Mercurio*. Aborto: Superintendencia advierte sobre la lentitud en implementación de protocolos de derivación de pacientes, 29 de junio de 2018 [<http://impresa.elmercurio.com/Pages/NewsDetail.aspx?dt=2018-06-29&dtB=29-06-2018%20:00:00&PaginaId=7&bodyid=3>].

145. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Misión a Polonia, 20 de mayo de 2010, A/14/20, párr. 50 [<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/134/06/PDF/G1013406.pdf?OpenElement>].

De forma general, los dos protocolos sobre la objeción de conciencia promulgados por las autoridades actuales se inscriben en una lógica en la que prima el interés por preservar el derecho a la objeción de conciencia sobre el derecho de las mujeres al aborto. El tercer protocolo limita drásticamente la aplicación de la Ley 21.030, ya extremadamente restrictiva en materia de acceso al aborto, al alentar y facilitar la manifestación de la objeción de conciencia tanto por parte de personas como de instituciones privadas. Este protocolo, más aún que el segundo, está centrado casi exclusivamente en los derechos de las personas y los establecimientos objetores de conciencia, más que en la definición de modalidades de aplicación de la Ley 21.030 que permitan salvaguardar el derecho de las mujeres a un aborto legal y seguro. En este protocolo se suprimen un gran número de medidas dirigidas a establecer con detalle las obligaciones de las personas y los establecimientos objetos para con sus pacientes. Así, en el tercer protocolo desaparecen muchos elementos de las secciones del segundo protocolo tituladas “Obligaciones para con las pacientes” y “Derechos de las mujeres frente a los objetos de conciencia”. Las pocas medidas que incorpora el tercer protocolo que permiten una mejor protección del acceso de las mujeres al aborto parecen ser una concesión para evitar que se vuelva a cuestionar la legalidad del texto.

3. La objeción de conciencia, un obstáculo adicional al aborto

3.1. Ya existen desviaciones en las prácticas

Aunque la ley regula el ejercicio de la objeción de conciencia, en la práctica, acogerse a ella puede suponer un obstáculo para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres. Además, desde la entrada en vigor de la ley, ya se ha señalado el caso de una mujer a la que se ha negado el servicio de aborto por la objeción de conciencia de varios/as profesionales.

i) El caso de Fernanda Sandoval: la falta de cuidados adecuados

El 26 de abril de 2018, Fernanda Sandoval, una mujer chilena de 25 años, hizo público en las redes sociales un vídeo en el que da testimonio de que profesionales del hospital público de Quilpué, en la región de Valparaíso, se negaron a proporcionarle servicios de aborto a pesar de que se encontraba en una de las hipótesis previstas por la Ley 21.030, alegando ser objetores/as de conciencia¹⁴⁶. Según su testimonio, se realizó una ecografía en el hospital el 6 de abril, lo que confirmó que el embarazo no era viable a causa de una infección asociada al uso de un dispositivo intrauterino, lo que causó la rotura de la bolsa cuando se encontraba en el interior del hospital. Tras la ecografía, Fernanda Sandoval solicitó el servicio de aborto a un médico que se negó a practicárselo ya que era objetor de conciencia. El médico pretextó que existía un 18 % de probabilidad de que el feto llegase a término y que, en todo caso, no podía practicar un aborto. No la remitió a otro/a profesional que pudiera proporcionarle los servicios de aborto a los que tenía derecho, lo que vulnera la Ley 21.030 y su protocolo de aplicación (resolución n° 61).

Al día siguiente, la médica que estaba de guardia en ese momento accedió a su solicitud y le administró un primer medicamento que debía provocar el aborto. El 8 de abril, Fernanda Sandoval fue atendida por una profesional objetora de conciencia que se negó a administrarle una segunda dosis de Misotrol. Entonces, la médica de guardia se negó a proporcionársela ya que era objetora de conciencia. Le habría comunicado que disponía de un plazo de 48 horas para tomar la segunda dosis, pero no la remitió a otro/a especialista. Fernanda Sandoval no recibió nunca esta segunda dosis. Algunas horas más tarde, experimentó unas violentas contracciones mientras se encontraba en una de las habitaciones del hospital. *“Las contracciones eran cada vez más fuertes, solicitando y pidiendo ayuda a gritos, calmantes, atención médica, alguien que me prestara atención. No llegó nadie”*, dice en el vídeo. Así, abortó sola en una cama de hospital sin asistencia médica.

146. *El Mostrador*. Mujer alega que le negaron aborto en segunda causal: “Yo y mi hijo fuimos vulnerados”, 28 de abril de 2018 [[http://www.elmostrador.cl/braga/2018/04/28/video-mujer-alega-que-le-negaron-aborto-en-segunda-causal-yo-y-mi-hijo-fuimos-vulnerados/](http://www.elmostrador.cl/braga/2018/04/28/video-mujer-alega-que-le-negaron-aborto-en-segunda-causal-yo-y-mi-hijo-fuimos-vulnerados/http://www.elmostrador.cl/braga/2018/04/28/video-mujer-alega-que-le-negaron-aborto-en-segunda-causal-yo-y-mi-hijo-fuimos-vulnerados/)].

Fernanda Sandoval presentó una denuncia ante los servicios de salud, trámite en el que la acompaña la organización Humanas. El 20 de abril el director del hospital presentó sus “disculpas” por correo a Fernanda Sandoval y admitió que su personal no había respetado el protocolo de aplicación sobre objeción de conciencia que establecía la obligación de que un/a médico/a no objetor/a de conciencia atendiese a Fernanda Sandoval o se la trasladase a otro centro hospitalario.

Podrían demostrarse otros casos similares. Según Camila Maturana, representante de la organización Humanas, *“no existe ningún mecanismo independiente que permita determinar el número de mujeres a las que se niega un aborto”* debido a la objeción de conciencia. Indicó a la FIDH que existían casos en los que se ha prestado el servicio de forma tardía o no se había respetado *“la obligación legal de los profesionales de informar de inmediato al director del establecimiento que la paciente debe ser atendida por un profesional no objetor”*.

3.2. Retraumatización y estigmatización

La falta de respeto de las disposiciones destinadas a regular el ejercicio de la objeción de conciencia, además de obstaculizar el acceso de las mujeres al aborto y de poner en peligro su salud, las expone a un nuevo traumatismo y perpetúa el sentimiento de estigmatización de las mujeres, abandonadas por un sistema de salud que no responde a sus necesidades.

Según Camila Maturana, este riesgo está presente incluso cuando se respeta el marco jurídico. En todos los casos —precisa— incluso si se respetase el marco jurídico al pie de la letra, *“el hecho de trasladar a mujeres a centros de salud a 100 o 200 kilómetros no es suficiente y constituye un traumatismo adicional y una estigmatización contra personas que ya se encuentran en situaciones dramáticas”*.

A pesar de las medidas previstas por el marco jurídico chileno para garantizar el acceso al aborto de todas las mujeres que se hallan en las tres causales previstas por la ley, incluso en caso de objeción de conciencia individual o institucional, el riesgo de que las mujeres no puedan abortar, aborten tardíamente y sufran traumatismos y estigmatización siempre está presente, tanto en el respeto del derecho como en caso de violación de la ley.

3.3. Elevado número de médicos/as objetores/as de conciencia

La gran cantidad de médicos/as que hasta el momento se han acogido la cláusula de conciencia hace peligrar aún más el acceso de las mujeres al aborto. Según los datos del Ministerio de Salud publicados el 29 de junio de 2018, de 1140 médicos/as obstetras, 231 (20 %) se han declarado objetores de conciencia para la primera causal, 311 (27 %) para la segunda y 538 (47 %) para la tercera¹⁴⁷. En abril, el MINSAL indicaba que más del 30 % del conjunto de médicos/as obstetras que ejercen en establecimientos públicos habilitados para practicar abortos eran objetores/as de conciencia. Aproximadamente el 15 % de los/as anestesistas también se han opuesto oficialmente a practicar abortos¹⁴⁸. Estas tasas son especialmente elevadas en determinadas zonas del país, sobre todo en el centro y en el sur.

147. Ministerio de Salud. *Funcionarios objetores de conciencia por Servicio de Salud*, 29 de junio de 2018 [<http://www.minsal.cl/funcionarios-objetores-de-conciencia-por-servicio-de-salud/>].

148. *El Mercurio*. Casi un tercio de los médicos obstetras de los hospitales se declaró objetor de conciencia, 14 de abril de 2018 [<http://impresa.elmercurio.com/Pages/NewsDetail.aspx?dt=2018-04-14&PaginaId=1&BodyID=3>].

| Número de funcionarios/as objetores/as de conciencia por tipo de profesión y causa | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|---------------------------|------------------------------------------|
| | Médicos/as obstetras | Anestesiastas | Profesional de Matronería | Técnico paramédico (pabellón obstétrico) |
| Total | 1140 | 729 | 1019 | 1768 |
| Causal 1 | 231 / 20 % | 68 / 9 % | 122 / 12 % | 188 / 11 % |
| Causal 2 | 311 / 27 % | 100 / 14 % | 188 / 18 % | 210 / 12 % |
| Causal 3 | 538 / 47 % | 158 / 22 % | 211 / 21 % | 233 / 13 % |

Información proporcionada por el Ministerio de Salud

Causa 1: peligro para la vida de la mujer

Causa 2: inviabilidad del feto

Causa 3: violación

Varios establecimientos públicos han informado que la totalidad o la cuasi totalidad de su cuadro médico ha expresado su objeción de conciencia. Según un sondeo publicado por el periódico informativo *La Tercera* en abril de 2018, en el que se consultó a 69 establecimientos públicos habilitados para practicar abortos en el país, los denominados Centros de Alto Riesgo Obstétrico¹⁴⁹, de los cuales 24 respondieron a la solicitud de información¹⁵⁰, la situación es especialmente difícil en las regiones de Aysén y O'Higgins, en el sur del país, donde todo el personal especializado de los hospitales de Puerto Natales y San Fernando se niega a practicar abortos "por convicciones personales y, principalmente por la causal de violación". Esto implica contratar más personal no objetor de conciencia o trasladar a las mujeres que solicitan un aborto, sobre todo las que son víctimas de violación, a otros centros de salud que puedan brindarles la asistencia que necesitan en los plazos establecidos.

La situación es igualmente alarmante en el hospital San Juan de Dios en San Fernando, capital de la provincia de Colchagua y la segunda ciudad más poblada de la región de O'Higgins, que tuvo que contratar a un médico después de que la totalidad del personal manifestase su objeción de conciencia a la hora de practicar abortos en caso de violación¹⁵¹.

149. Véase la lista en el enlace siguiente: [<http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/Lista-de-Policl%C3%ADnicos-de-Alto-Riesgo-Obst%C3%A9trico.pdf>].

150. *La Tercera*. La dispar postura de los médicos frente al aborto y la objeción de conciencia, 9 de abril de 2018 [<http://www.latercera.com/nacional/noticia/la-dispar-postura-los-medicos-frente-al-aborto-la-objecion-conciencia/127439/>].

151. *La Tercera*. Aborto: Hospital de San Fernando busca médico no objetor, 19 de mayo de 2018 [<http://www.latercera.com/nacional/noticia/aborto-hospital-san-fernando-busca-medico-no-objedor/172279/>].

En el hospital de Osorno, situado en la región de los Lagos, en el sur del país, la totalidad de los/as 16 médicos/as obstetras ejercieron su derecho a la objeción de conciencia en al menos una de las tres causales cubiertas por la ley: uno en caso de inviabilidad del feto, cinco en caso de riesgo para la vida de las mujeres y todos/as se niegan a practicar abortos en caso de violación. La presidenta del Consejo Regional de Matronas de Osorno, Carla Pantoja, declaró en abril de 2018 que “no es posible que en una situación tan traumática como una violación, las mujeres de Osorno deban ser trasladadas a Puerto Montt [a más de 100 kilómetros] para poder someterse al procedimiento [de aborto]”¹⁵². El Ministerio de Salud ha solicitado al hospital la contratación de un/a especialista que no sea objetor/a de conciencia para que las mujeres que hayan sido víctimas de violación puedan someterse a un aborto en dicho establecimiento.

En el hospital Valdivia, situado en el sur de la región de los Ríos, donde 16 de las 18 obstetras son objetoras de conciencia, el director del establecimiento explicó al diario La Tercera que el personal no objetor ha logrado atender a las mujeres que han solicitado un aborto desde la entrada en vigor de la ley. *“Afortunadamente, los casos no han sido de urgencia inmediata”,* aclaró. Y agrega, *“Ahora, si me traen 40 pacientes, los dos médicos [que aceptan practicar abortos] van a ser insuficientes”*.

En algunas provincias la situación es muy diferente. Según las informaciones reunidas por La Tercera, numerosos establecimientos muestran una tendencia marcada en uno u otro sentido: en algunos establecimientos públicos¹⁵³ todos/as los/as médicos/as han invocado la cláusula de conciencia para al menos una de las tres causales, mientras que, en otros, todos/as aceptan practicar abortos en todas las circunstancias. Por ejemplo, dentro de la región de Biobío, en el sur del país, el número de profesionales objetores/as de conciencia es especialmente elevado y muy bajo o nulo en otros. En la provincia de Concepción, en el hospital Grant Benavente de Concepción, 80 % de los/as médicos/as han manifestado su objeción de conciencia; tres de los cinco gineco-obstetras del hospital San José de Coronel y cuatro de los cinco del hospital de Lota se niegan también a practicar abortos. Sin embargo, ningún/a profesional de los centros de salud de Las Higueras (provincia de Talcahuano) se ha acogido a la cláusula de conciencia. En la región de los Lagos, el 75 % de los/as médicos/as del hospital de Puerto Montt (provincia de Llanquihue) son objetores/as de conciencia en las tres causales cubiertas por la ley. Sin embargo, ningún/a profesional de los centros de salud de Quellón y Acud (provincia de Chiloé) ha invocado la cláusula de conciencia.

Según la información transmitida por el diario, la situación es un poco mejor en el centro y norte del país. En la Región Metropolitana de Santiago, todas las gineco-obstetras de los hospitales San Borja, El Carmen y San José aceptan practicar IVE. En el norte, en los principales centros de salud públicos, entre el 18 y el 25 % de los/as gineco-obstetras no son objetores/as de conciencia.

152. *La Cooperativa*. Aborto: Todos los ginecólogos de la red pública de Osorno son objetores, 13 de abril de 2018 [<http://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/aborto/aborto-todos-los-ginecologos-de-la-red-publica-de-osorno-son-objetores/2018-04-13/123624.html>].

153. *Emol*. Hospitales de San Carlos, Higueras y Quellón son los únicos recintos sin médicos obstetras objetores de conciencia, 29 de junio de 2018 [<http://www.emol.com/noticias/Nacional/2018/06/29/911607/En-Chiloe-Talcahuano-y-Nuble-se-encuentran-los-tres-hospitales-sin-medicos-obstetras-objetores-de-conciencia.html>].

El Ministerio de Salud publicó en abril de 2018 una lista de los establecimientos privados que habían manifestado su objeción de conciencia¹⁵⁴. Según esta información, hasta el momento se han acogido a la cláusula de conciencia institucional dos clínicas, la Clínica Indisa para los casos de violación y la Clínica de la Universidad de los Andes para las tres causales. El Ministerio de Salud debería continuar ofreciendo información accesible y actualizada tanto sobre el fenómeno de la objeción de conciencia en los establecimientos públicos como en las instituciones privadas, teniendo en cuenta especialmente que estas últimas están habilitadas a invocar la cláusula de conciencia institucional.

De forma general, el elevado número de objetores/as de conciencia en el sector público y las disparidades observadas en el territorio pueden afectar a la aplicación de la nueva ley y obstaculizar considerablemente el acceso de las mujeres y las niñas a los servicios de aborto legal y seguro. Sin embargo, en 2014, el Comité de Derechos Humanos había recomendado a las autoridades chilenas que velasen por que los servicios de salud reproductiva sean accesibles a todas las mujeres y adolescentes en todas las regiones del país¹⁵⁵. Las autoridades chilenas deben tomar medidas para garantizar con la máxima urgencia, en todo momento y en todos los hospitales públicos, la disponibilidad de un/a cirujano/a y otros miembros del servicio de cirugía dispuestos a realizar abortos.

3.4. La objeción de conciencia genera nuevas discriminaciones en el acceso al aborto

La posibilidad que se ofrece al personal sanitario y a los establecimientos privados de declararse objetores de conciencia limita claramente el acceso al aborto e impide a las mujeres acceder a servicios de aborto en condiciones de igualdad, en función de su lugar de residencia, ya sea en zona rural o urbana (en las zonas rurales los centros sanitarios y el personal habilitado para practicar abortos es más escaso¹⁵⁶), de su nivel de recursos, así como también del motivo por el que solicitan un aborto.

En efecto, el hecho de que las personas y las instituciones con derecho a recurrir a la cláusula de conciencia puedan elegir la o las causales para las que se niegan a practicar abortos puede dar lugar a importantes discriminaciones entre las mujeres y las niñas que legítimamente pueden ser beneficiarias de servicios de aborto según la legislación chilena. Nuestras organizaciones estiman que no se debería permitir al personal médico elegir “a la carta” los/as pacientes a los/las que atiende. No debería hacer juicios de valor sobre el motivo de la solicitud de aborto. Este derecho que se concede a los/as profesionales de elegir las mujeres que se beneficiarán de los servicios de salud supone una dimensión degradante que atenta contra la dignidad de las mujeres y las niñas. Nuestras organizaciones están especialmente preocupadas por el hecho que un gran número de médicos/as o de instituciones privadas manifiesten su objeción de conciencia a practicar abortos en caso de embarazo causado por una violación. Este derecho que se ofrece al personal médico resulta todavía más insoportable que se ejerza, en la práctica, en detrimento de las víctimas de violación, que ya se encuentran en situación de gran vulnerabilidad, reforzando así la estigmatización en torno al crimen de violencia sexual del que han sido objeto al negarles toda capacidad de tomar decisiones sobre su maternidad y su vida. Durante el debate legislativo y social que se produjo antes de la adopción de la Ley 21.030, la legalización del aborto en caso de violación ya era la cláusula más controvertida, incluso entre los/as representantes del cuerpo médico. Esta causal plantea, en efecto, la cuestión de la libre elección de la mujer para llevar o no a término su embarazo, lo que no ocurre en caso de riesgo mortal para la madre o de inviabilidad del feto.

154. Ministerio de Salud. *Listado de objetores institucionales*, 19 de abril de 2018 [<http://www.minsal.cl/listado-de-objetores-institucionales/>].

155. CCPR/C/CHL/CO/6, *op. cit.*, párr. 15

156. CEDAW/C/CHL/CO/7, *op. cit.*, párr. 38 b.

Sin embargo, esta libre elección, en lo que afecta a la libertad para disponer del propio cuerpo, de controlar su propia sexualidad y decidir sobre su maternidad y su vida, y que contribuye así a la emancipación y a la liberación de las mujeres, les es negada por los movimientos conservadores y religiosos cuya ideología retrógrada confina a las mujeres al ámbito privado, al hogar y a su papel de madres y esposas. Las cifras del MINSAL mencionadas anteriormente indican claramente que la mayoría de los/as objetores/as de conciencia lo son al menos para la tercera causal.

Nuestras organizaciones exhortan a las autoridades chilenas a regular la objeción de conciencia individual, de manera que se garantice el respeto del derecho a la salud, a la dignidad y a la vida de las mujeres y las niñas y a adoptar las medidas necesarias para controlar y garantizar el respeto, en la práctica, de las salvaguardias previstas por la Ley 21.030 y por su protocolo de aplicación.

De forma más general, aunque nuestras organizaciones reconocen el carácter absoluto de la libertad de conciencia, habida cuenta de las violaciones de los derechos humanos a las que da lugar la falta de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva por la invocación masiva de la cláusula de conciencia, afirmamos también la necesidad de limitar el ejercicio de esta libertad para garantizar el respeto de los derechos de las mujeres y las niñas. La libertad de conciencia y de religión no se puede ejercer de forma que engendre discriminaciones y violaciones de derechos. Los órganos regionales e internacionales de protección de los derechos humanos recomiendan varias medidas de regulación, que numerosas legislaciones nacionales, entre ellas Chile, ya han incorporado. Sin embargo, la FIDH y el Observatorio Ciudadano expresan su viva preocupación por la falta de eficacia de los sistemas de regulación de la objeción de conciencia para garantizar el pleno acceso a los derechos sexuales y reproductivos¹⁵⁷. En efecto, estas normativas no son, por lo general, suficientes para garantizar el respeto de los derechos de las mujeres. Además, a menudo son difíciles o incluso imposibles de respetar en la práctica. Con independencia de las medidas adoptadas para limitar el recurso a la objeción de conciencia, esta da lugar inevitablemente a obstáculos, plazos y distancias mayores, incluso una atención menos eficaz o una negativa a proporcionar atención sanitaria a las mujeres que deseen abortar.

157. International Women's Health Coalition. *Unconscionable: when providers deny abortion care, Policy brief*, junio de 2018, pág. 4 [https://iwhc.org/wp-content/uploads/2018/06/CO-Policy-Brief_General-FINAL.pdf].

En varios países se utiliza la cláusula de conciencia de manera abusiva, lo que da lugar a una instrumentalización de la libertad de conciencia por parte de grupos conservadores y religiosos con finalidad política e ideológica anti libre elección, destinada a negar a las mujeres y a las niñas el disfrute de sus derechos sexuales y reproductivos¹⁵⁸. Esta misma instrumentalización amenaza igualmente el acceso a la contracepción, a la esterilización y el derecho a la salud de las personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero (LGBT). En Estados Unidos, desde hace varios años, se multiplican las medidas que autorizan a los/as profesionales de la salud a negarse a atender a las personas LGBT, con el pretexto de que sería contrario a sus convicciones religiosas (*religious exemption*)¹⁵⁹. El balance de este primer año desde la aprobación de la Ley 21.030 y de las medidas adoptadas por Chile desde la elección de un nuevo Gobierno conservador indican que el país está siguiendo la misma vía que otros Estados como Polonia o Italia —donde el 70 % de los/as médicos/as se niegan a practicar abortos¹⁶⁰ más preocupados por la protección de las convicciones religiosas de su personal médico que por el respeto a los derechos de las mujeres. Las autoridades chilenas deben, con la mayor urgencia, limitar en la medida de lo posible el uso de la cláusula de conciencia con el fin de garantizar el acceso de las mujeres y las niñas a sus derechos sexuales y reproductivos, de conformidad con sus obligaciones internacionales.

158. Catholics for Choice. *In Good Conscience – Respecting the beliefs of healthcare providers and the needs of patients*, Washington, DC, 2010 [<http://www.catholicsforchoice.org/wp-content/uploads/2014/01/InGoodConscience2010.pdf>].

159. The Fenway Institute. *The current wave of anti-LGBT legislation: Historical context and implications for LGBT health*, junio de 2016 [<http://fenwayhealth.org/wp-content/uploads/The-Fenway-Institute-Religious-Exemption-Brief-June-2016.pdf>]; The Fenway Institute. *Executive branch actions promoting religious refusal threaten LGBT health care access*, 2017 [<http://fenwayhealth.org/wp-content/uploads/The-Fenway-Institute-Religious-Refusal-Laws-Policy-Brief.pdf>]; *Huffington Post*. Trump Administration actions threaten widespread anti-LGBT discrimination in health care and beyond, 21/12/2017 [https://www.huffingtonpost.com/entry/trump-administration-actions-threaten-widespread-anti-us_5a3bddbbe4b06cd2bd03d8c8].

160. Consejo de Europa. *Santé et droits sexuels et reproductifs des femmes en Europe*, diciembre de 2017, pág. 38 [<https://rm.coe.int/sante-et-droits-sexuels-et-reproductifs-des-femmes-en-europe-document-/168076df73>]. En 2016, el Comité Europeo de Derechos Sociales reconoció que Italia había violado el derecho a la protección de la salud (protegido por el artículo 11 de la Carta Social Europea), en particular, debido a la negativa de muchos médicos de practicar abortos por motivos de conciencia. Véase Comité Europeo de Derechos Sociales, Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) contra Italia, Reclamación No. 91/2013, 11 de abril de 2016 [<http://hudoc.esc.coe.int/fre/?i=cc-91-2013-dadmissandmerits-en#%22ESCDclidentifier%22:%22cc-91-2013-dadmissandmerits-en%22>]].



Activistas pro-aborto se manifiestan frente al Ministerio de Salud en Santiago de Chile, el 26 de marzo de 2018. © Claudio Reyes / AFP.

CONCLUSIÓN

La Ley 21.030 supone un avance para los derechos de las mujeres y las niñas chilenas en la medida en que permite a algunas de ellas, después de treinta años de prohibición total del aborto, acceder a un aborto legal y seguro, en caso de riesgo mortal para la vida de la mujer, de inviabilidad del feto y de violación. En virtud de esta nueva ley, las mujeres ya no se verán obligadas a arriesgar su salud y su vida al recurrir a un aborto clandestino. Aun cuando la aplicación plena y completa de esta legislación sea urgente, las autoridades del presidente Piñera intentan, desde su entrada en funciones el 11 de marzo de 2018, introducir nuevos obstáculos en el acceso al aborto de las mujeres que ya deberían poder optar por un aborto legal y seguro, de conformidad con la Ley 21.030. La promulgación, en junio de 2018, de dos protocolos de aplicación destinados a desregular el ejercicio de la objeción de conciencia, es un claro ejemplo de la voluntad del actual Gobierno de limitar el acceso al aborto, con el pretexto de proteger los intereses de determinados grupos conservadores y religiosos de ideología machista y contraria a la libre elección, en detrimento de los derechos de las mujeres y las niñas.

Sin embargo, la Ley 21.030 es ya extremadamente restrictiva. En primer lugar, porque únicamente permite a una minoría de mujeres beneficiarse de servicios de aborto legal y seguro, es decir, aquellas que se encuentran en las tres situaciones excepcionales previstas por la ley. El carácter muy restrictivo de estas excepciones continúa empujando aún a muchas mujeres que desean o deben interrumpir su embarazo a recurrir a métodos de aborto peligrosos, poniendo en riesgo su salud y su vida. La Ley 21.030 también es restrictiva en cuanto contiene disposiciones que obstaculizan el acceso al aborto de las mujeres que se encuentran cubiertas por la ley (plazos demasiado cortos, intervención de terceros, posibilidad de invocar la objeción de conciencia tanto para personas como para instituciones, etc.). Así, incluso si se aplicase plenamente la Ley 21.030, las violaciones de los derechos de las mujeres anteriores a su adopción perdurarían para la inmensa mayoría de las mujeres.

La elección de un Gobierno conservador no debe hacer retroceder los derechos sexuales y reproductivos adquiridos tras años de lucha de las organizaciones feministas. Las autoridades deben modificar su política para garantizar el acceso al aborto legal y seguro de las mujeres que se encuentren en las situaciones extremas previstas por la ley. De un modo más amplio, deberían encaminarse hacia un reconocimiento del derecho al aborto para todas, con objeto de poner fin a las violaciones de los derechos de las mujeres y, en especial, a las discriminaciones y la violencia que sufren cuando se las obliga a recurrir a métodos de aborto inseguros o a llevar a término un embarazo que no han deseado.



Mujeres pertenecientes a movimientos feministas sostienen carteles a favor del derecho al aborto frente a la catedral de la ciudad de Santiago, el 28 de septiembre de 2016. ©Martin Bernetti / AFP Santiago du Chili, le 28 septembre 2016. © Martin Bernetti / AFP

RECOMENDACIONES

A las autoridades de Chile

- Derogar los artículos del Código Penal, del Código de Procedimiento Penal y del Código Sanitario que contribuyan a la prohibición del aborto;
- Garantizar plenamente el respeto de los derechos humanos de todas las mujeres y las niñas y poner fin a los abortos clandestinos permitiendo así a todas ellas acceder a servicios de aborto legales y seguros, en todas las circunstancias, únicamente en base a la expresión de su voluntad.

En espera de una despenalización total del aborto, las autoridades de Chile deberían adoptar las medidas necesarias para garantizar la aplicación rápida e integral de la Ley 21.030, entre otras cosas, realizando las siguientes acciones:

Respecto a la objeción de conciencia

- Suprimir la invocación de la cláusula de conciencia para las instituciones, en particular para los establecimientos privados con acuerdos con el Ministerio de Salud;
- Garantizar que la invocación de la cláusula de conciencia no constituye en ningún caso un obstáculo para el acceso de las mujeres y las niñas a los servicios de aborto legales y seguros, en las causales previstas por la Ley 21.030, tanto en los centros de salud públicos como privados;
- Reglamentar de manera estricta el recurso a la objeción de conciencia y tomar las medidas necesarias para:
 - Garantizar que la objeción de conciencia es una situación de excepción;
 - Definir un procedimiento específico basado en criterios estrictos y precisos para enmarcar la manifestación de la objeción de conciencia y establecer un marco reglamentario pertinente y dispositivos de supervisión de la práctica de invocación de la cláusula de conciencia por los/las profesionales de salud¹⁶¹. Este procedimiento debería basarse en convicciones bien arraigadas, manifestadas por escrito y el personal médico debería estar obligado a presentar un certificado de objeción de conciencia a aquellos/as pacientes que lo soliciten;
 - Establecer un procedimiento detallado para regular el ejercicio de la objeción de conciencia y garantizar la atención inmediata, en un radio geográfico aceptable, de todas las mujeres y las niñas cuya situación esté cubierta por la ley;
 - Establecer dispositivos de vigilancia de la práctica de la invocación de la cláusula de conciencia por parte de los/as profesionales de la salud. Estos mecanismos deberían permitir señalar de forma inmediata y sistemática los casos de objeción de conciencia y evaluar el impacto de la invocación de la objeción de conciencia sobre la salud y la vida de las mujeres y las niñas¹⁶²;
 - Garantizar la práctica del aborto en todos los establecimientos de salud, tanto públicos como privados;
 - Obligar a los/las profesionales de salud objetores/as de conciencia a practicar abortos en caso de que exista un riesgo mortal para las mujeres y las niñas.
- Establecer sanciones disuasivas contra los/las profesionales de salud que no cumplen la reglamentación sobre la objeción de conciencia, así como reparaciones para los/las pacientes que hayan sufrido perjuicios a causa de ese incumplimiento.

Relativa a la intervención de terceros

Adoptar las medidas necesarias para garantizar la mayor confidencialidad posible entre personal sanitario y paciente:

- Establecer las medidas necesarias para facilitar al máximo las autorizaciones médicas para proceder a abortos, entre otras cosas, conminando a los/las profesionales de salud a basarse únicamente en el testimonio de las víctimas de violación;
- Interpretar de manera amplia los casos enunciados en el artículo 119 del Código Sanitario que permiten a una niña de menos de 14 años abortar sin el consentimiento de su representante legal de modo que, entre otras cosas, se tome en consideración el riesgo de que se ejerza coerción sobre ella por parte de su representante legal para impedirle abortar;
- Adoptar las medidas necesarias para facilitar, en la medida de lo posible, la expedición de consentimiento judicial de sustitución en los casos que requieran la intervención de un/a juez/a en caso de ausencia del consentimiento del/de la representante legal o en caso de exención de dicho consentimiento para las niñas de menos de 14 años;
- Considerar la introducción en la ley de una presunción según la cual los/las adolescentes tengan la capacidad jurídica para solicitar y obtener el acceso a productos y servicios de salud sexual y reproductiva, entre otros, al aborto¹⁶³.

161. CEDAW/C/HUN/CO/7-8, párr. 31, 26 de marzo de 2013 [http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/HUN/CO/7-8&Lang=Fr].

162. E /C.12/POL/CO/5, *op. cit.*, párr. 28; CEDAW/C/HUN/CO/7-8, *op. cit.*, párr. 31.

163. CRC/C/GC/20, *op. cit.*

Respecto del acceso a la información

- Garantizar el acceso a la información de las mujeres y las niñas en materia de salud sexual y reproductiva mediante campañas de información neutras y objetivas y una educación sexual y de derechos sexuales y reproductivos, dirigidas en especial a los/las adolescentes de todos los ámbitos de la sociedad. Estas campañas de información, entre otras cosas, deberían tener como objetivo dar a conocer las disposiciones de la Ley 21.030. Se debería facilitar el acceso a los contactos de los centros de salud públicos y privados habilitados para practicar IVE.

Respecto a la formación de los/las profesionales

- Garantizar lo antes posible formaciones obligatorias dirigidas al personal médico y sanitario sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, entre otros, los derechos adquiridos en virtud de la Ley 21.030, y sobre los procedimientos de aceptación y acompañamiento de las pacientes que requieran de un aborto. Estas formaciones deberían centrarse en las pacientes, consideradas como sujetos de derecho cuya voluntad y decisión deben respetarse. En estas formaciones, se debería hacer hincapié en el derecho aplicable y en la necesidad de que el personal médico no culpabilice a las pacientes y se abstenga de toda referencia a la moral o a la religión.

A la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y a la Relatoría de la CIDH sobre los Derechos de las Mujeres

Dando continuidad a las sentencias de *K.L. contra Perú* de 24 de octubre de 2005 y de *L.M.R contra Argentina* de 29 de marzo de 2011¹⁶⁴, de la toma de posición conjunta de la Relatora de la CIDH sobre los Derechos de las Mujeres de 24 de septiembre de 2015¹⁶⁵ así como la sesión organizada en mayo de 2017 por la Comisión sobre la situación del aborto en Chile¹⁶⁶ y su comunicado de 5 de septiembre de 2017¹⁶⁷, la CIDH debería:

- Emitir recomendaciones claras dirigidas a las autoridades chilenas para la completa despenalización del aborto y para que garanticen en todas las circunstancias el pleno cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas;
- Expresar su apoyo a la aplicación de la Ley 21.030, al tiempo que se pone de manifiesto su carácter insuficiente, que no permite que se garantice el cumplimiento de los derechos humanos de todas las mujeres y las niñas ni poner fin a los abortos clandestinos.

164. Las sentencias están disponibles en los siguientes enlaces: [https://www.cejil.org/sites/default/files/legacy_files/V.%20Comit%C3%A9%20de%20Derechos%20Humanos.pdf].

165. Declaración conjunta de los Expertos en derechos humanos de las Naciones Unidas, la Relatora sobre los Derechos de las Mujeres de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y el Relator Especial sobre los derechos de las mujeres y sobre los defensores de los derechos humanos de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, *op. cit.*

166. Para ver el vídeo de la sesión celebrada el 24 de mayo de 2017, véase el siguiente enlace: [<https://www.youtube.com/watch?v=cZul5ntxAA8>].

167. Organización de Estados Americanos. *La CIDH saluda la aprobación de la ley de despenalización del aborto en tres causales en Chile*, 5 de septiembre de 2017 [<http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2017/133.asp>].

Al Comité para la eliminación de la discriminación contra la Mujer (CEDAW):

En el marco del seguimiento de sus Observaciones finales relativas al séptimo informe periódico de Chile aprobadas en marzo de 2018, el Comité debería:

- Instar a Chile a adoptar todas las medidas necesarias para garantizar un acceso completo a servicios de planificación familiar y a medios de contracepción, entre otros, la contracepción de urgencia, en especial para prevenir los embarazos precoces;
- Exhortar a las autoridades a aplicar plena e inmediatamente la Ley 21.030, en especial, destinando los medios humanos y económicos necesarios para su aplicación;
- Expresar de manera clara su preocupación respecto del carácter insuficiente de la Ley 21.030 y los numerosos obstáculos que impiden el acceso de las mujeres y las niñas a un aborto legal y seguro;
- Continuar instando a Chile a aprobar una ley que despenalice completamente el aborto y permita a las mujeres el pleno disfrute de sus derechos humanos mediante el reconocimiento de su derecho a decidir libremente y en total responsabilidad el número de hijos e hijas que quieren concebir y en intervalo entre ellos/as¹⁶⁸.

A la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra las mujeres, sus causas y sus consecuencias

- Dirigir al Gobierno una carta de transmisión de denuncias relativa a las disposiciones de la legislación sobre el aborto que se considera que no son compatibles con las normas internacionales en materia de derechos humanos y efectuar un seguimiento después de la respuesta del Estado;
- Si así lo estima necesario, presentar una declaración pública al respecto;
- Solicitar una visita al Estado de Chile para examinar los progresos y los obstáculos en materia de acceso al aborto y su efecto sobre los derechos de las mujeres y las niñas, en respuesta a la invitación permanente entregada por Chile a los titulares de mandatos de los procedimientos especiales en 2009.

Al Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

En línea con su informe intermedio de 2011¹⁶⁹, el Relator Especial debería:

- Prestar especial atención a la situación de los derechos sexuales y reproductivos en su informe anual 2018 y, en especial, al derecho al aborto en Chile y el efecto de la Ley 21.030 sobre el derecho a la salud de las mujeres y las niñas;

168. Comité CEDAW. *Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2013-2014, A/69/38* [<https://undocs.org/es/A/69/38>].

169. A/66/254, *op. cit.*

- Solicitar una visita al Estado de Chile para evaluar el efecto sobre el marco jurídico relativo a los derechos sexuales y reproductivos y su ejecución por parte de las autoridades sobre la salud de las mujeres y las niñas, de conformidad con la invitación permanente entregada por Chile a los titulares de mandatos de los procedimientos especiales en 2009;
- Si así lo estima necesario, presentar una declaración pública al respecto.

Al Grupo de Trabajo de Naciones Unidas sobre la discriminación contra las mujeres en la legislación y en la práctica

De conformidad con su mandato de formular recomendaciones sobre la mejora de la legislación y la ejecución de la ley, con vistas a contribuir a la promoción de la igualdad entre los géneros y a la autonomía de las mujeres¹⁷⁰ y, siguiendo el modelo de la carta dirigida por Ivana Radicic, presidenta del Grupo de trabajo, al Ministerio de Asuntos Exteriores de Argentina el 13 de junio de 2018, víspera de la votación por los/las diputados/as de la ley de despenalización total del aborto, e instando a los/las diputadas a aprobar esta ley puesto que “concede a las mujeres sus derechos humanos”¹⁷¹, la presidenta debería dirigir una carta a las autoridades chilenas solicitando:

- Aplicar urgentemente la Ley 21.030 garantizando el acceso más amplio posible de las mujeres y las niñas a un aborto legal y seguro;
- Prever la despenalización total del aborto, en todas las circunstancias, para garantizar los derechos de las mujeres y las niñas.

Al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas

En línea con su observación general N°22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva de 2 de mayo de 2016¹⁷² y en el marco del seguimiento de sus observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Chile¹⁷³, el Comité debería continuar su diálogo con el Estado de Chile, entre otras cosas respecto de la aplicación de medidas que impidan a terceras personas injerir en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva y a la normativa de la objeción de conciencia que no debe impedir a las mujeres el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

170. Consejo de Derechos Humanos. *Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos 15/23, Eliminación de la discriminación contra la mujer*, A/HRC/RES/15/23, 8 de octubre de 2010 [http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/RES/15/23].

171. Véase la Campaña internacional del derecho de las mujeres al aborto seguro, Debate en el Congreso Nacional [<https://mailchi.mp/safeabortionwomensright/the-vote-in-argentina-weve-won-14-june-2018?e=8421d213f1>].

172. E/C.12/GC/22, *op. cit.*

173. CDESC. *Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Chile*, E/C.12/CHL/CO/4, párr. 29, 7 de julio de 2015 [http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fCHL%2fCO%2f4&Lang=en].

Al Comité de los Derechos del Niño:

De continuidad con sus Observaciones generales N°15 de 2013 y N°20 de 2016¹⁷⁴ y en el marco del seguimiento a sus observaciones finales respecto del informe periódico de Chile de 2015¹⁷⁵, el Comité debería continuar su diálogo con el Estado de Chile, entre otras cosas, en lo relativo a la despenalización del aborto para que las adolescentes tengan acceso al servicio de aborto médico, la posibilidad para las niñas de consentir el aborto médico sin necesidad de consentimiento y autorización de terceras personas, la garantía de que se toma en consideración el interés superior de las adolescentes embarazadas y el respeto de su opinión en las decisiones relativas al aborto.

174. Comité de los Derechos del Niño. *Observación general N° 4 (2003), La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*, CRC/GC/2003/4, 1 de julio de 2003.

175. Comité de los Derechos del Niño. *Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Chile*, CRC/C/CHL/CO/4-5, 30 de octubre de 2015 [http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/CHL/CO/4-5&Lang=Fr]



El Observatorio Ciudadano es una organización no gubernamental sin fines de lucro dedicada a la defensa, promoción y documentación de derechos humanos. Fue creado en septiembre de 2004, en la ciudad de Temuco, Chile, como Observatorio de Derechos de los Pueblos Indígenas, por un grupo de ciudadanos de distintos lugares del país, diversas profesiones y procedencia étnica.

El trabajo desarrollado hasta ahora ha sido multidisciplinario e intercultural. A contar de 2008 amplía su mandato para abordar nuevos y emergentes desafíos de derechos humanos, modificando su nombre a Observatorio Ciudadano, siempre guiada por los lineamientos contenidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos y de derechos de los pueblos indígenas vigentes.



La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de la FIDH y el Observatorio Ciudadano y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

Mantengamos los ojos abiertos

fidh

Director de la publicación:

Dimitris Christopoulos

Jefe de redacción:

Karine Bonneau

Autores:

Justine Duby,
Daisy Schmitt

Coordinación:

Justine Duby,
Nicanor Haon

Diseño :

FIDH

Determinar los hechos - Misiones de investigación y de observación judicial

Apoyo a la sociedad civil - Programas de formación y de intercambio

Movilizar a la comunidad de Estados - Un lobby constante frente a las instancias intergubernamentales

Informar y denunciar - La movilización de la opinión pública

fidh

CONTÁCTENOS

FIDH

17, passage de la Main d'Or

75011 Paris - France

Tel: (33-1) 43 55 25 18

www.fidh.org

Twitter: @fidh_en / fidh_fr / fidh_es

Facebook:

<https://www.facebook.com/FIDH.HumanRights/>

La FIDH
representa 184 organizaciones de
defensa de derechos humanos
distribuidas en 112 países.



fidh

LO QUE CONVIENE SABER

La FIDH trabaja para proteger a las víctimas de violaciones de los derechos humanos, para prevenir estas violaciones y llevar a los autores de los crímenes ante la justicia.

Una vocación generalista

Concretamente, la FIDH trabaja para asegurar el cumplimiento de todos los derechos enunciados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, tanto los derechos civiles y políticos como los derechos económicos, sociales y culturales.

Un movimiento universal

Creada en 1922, hoy en día la FIDH federa 184 ligas en más de 112 países. Así mismo, la FIDH coordina y brinda apoyo a dichas ligas, y les sirve de lazo a nivel internacional.

Obligación de independencia

La FIDH, al igual que las ligas que la componen, es una institución no sectaria, aconfesional e independiente de cualquier gobierno.